

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.Sc.)

PAR  
JOANIE BOURASSA

EFFETS D'UNE TRANSFORMATION DU TRAVAIL SUR LA SANTÉ MENTALE DES  
PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES TRAVAILLANT EN CHSLD

DÉCEMBRE 2015

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de cet essai requiert son autorisation.

## RÉSUMÉ

**Problématique :** Dans le système de santé québécois, le besoin de productivité s'est vu accentué depuis les dernières années en raison du vieillissement de la population et de l'allongement de l'espérance de vie. Avec les coûts sans cesse grandissants reliés au maintien des services publics, le virage ambulatoire a été décrété dans les années 90. Dans ces contextes politique et démographique spécifiques, les préposés aux bénéficiaires (PAB) travaillant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ont subi une intensification de leur charge de travail. Déjà, ces travailleurs doivent exercer dans des conditions de travail difficiles dans lesquelles leur bien-être est précaire. Le travail constituant l'activité significative la plus importante dans la routine quotidienne d'un adulte, l'ergothérapeute a certes un rôle important à jouer dans la prévention et la promotion de la santé mentale au travail des PAB. **Objectif :** Le but de cet essai consiste à décrire les effets sur la santé mentale des PAB travaillant en CHSLD de l'implantation d'un programme novateur visant le rehaussement de la qualité de vie entre les aidants et les aidés atteints de troubles de la mémoire. **Cadre conceptuel :** La théorie de la psychodynamique du travail (PDT) a été choisie pour guider cet essai étant donné qu'elle offre une vision holistique de l'expérience du travail et que son approche méthodologique collaborative permet de décrire les effets invisibles du programme à partir de la réalité subjective des participants. **Méthode :** Afin de répondre à l'objectif de recherche, des données audionumérisées issues d'une recherche-action dans le cadre d'une large enquête en PDT (Therriault et al., 2014) ont d'abord été retranscrites sous forme de verbatim, puis ont fait l'objet d'une analyse interprétative secondaire. **Résultats :** Un portrait des tâches reliées au travail des participants a été dressé à partir des verbatim. Ensuite, l'analyse de la PDT a révélé que leurs sources de plaisir au travail sont la relation d'aide, la présence de défis relativement à la collaboration avec la clientèle atteinte de troubles cognitifs et parfois de troubles comportementaux, le travail d'équipe intraprofessionnel, et finalement l'occupation d'un poste dans le milieu public. Les sources de souffrance se sont révélées quant à elles être le manque d'accessibilité aux informations sur l'état de santé des résidents, le manque de pouvoir décisionnel, le manque de reconnaissance de la hiérarchie et des aidants, les agressions physiques et verbales de la clientèle, l'instabilité de l'équipe de travail, ainsi que la désillusion face à la pratique. En dernier lieu, l'implantation du programme a engendré une plus grande reconnaissance de leur utilité par la hiérarchie et une plus grande reconnaissance de la qualité de leur travail par les aidés, de même qu'un plus grand pouvoir d'agir au sein de l'organisation. **Discussion :** Il s'avère que les PAB doivent composer avec de nombreuses contraintes psychosociales dans le cadre de leur travail. Dans ce contexte, la relation d'aide devient un lieu de surinvestissement symbolique compensatoire et défensif. En ce qui a trait au programme, son implantation dans le milieu de pratique a démontré des effets bénéfiques pour la santé mentale au travail des PAB en provoquant un renforcement de leur identité professionnelle. **Conclusion :** Les données recueillies ont permis de souligner l'urgence d'agir pour prévenir la transformation de la souffrance psychique vécue au travail en pathologie. Il serait pertinent de poursuivre les recherches afin de décrire les effets de ce programme novateur sur la santé mentale au travail des PAB dans le milieu privé.

**Mots clés :** préposé aux bénéficiaires, centre d'hébergement et de soins de longue durée, santé mentale, psychodynamique du travail, transformation du travail

## ABSTRACT

**Background:** In the Quebec health system, the need for productivity has been accentuated in recent years due to the aging population and longer life expectancy. With rising costs constantly connected to maintenance of public services, decentralization of services into the health care system was decreed. In these specific political and demographic contexts, nursing helpers working in nursing homes underwent intensification of their workload. Already, these workers must perform in difficult working conditions in which their well-being is precarious. Because work constituting the most important significant activity in the daily routine of an adult, the occupational therapist certainly has an important role to play in preventing and promoting mental health at work of nursing assistants. **Objective:** The purpose of this essay is to describe the effects of the implementation of an innovative program aimed at enhancing the quality of life between caregivers and their close relations with memory disorders on the mental health of nursing helpers working in nursing homes. **Theoretical framework:** The theory of the psychodynamics of work has been chosen to guide this work as it provides a holistic view of work experience and because it's collaborative methodological approach used to describe the invisible effects of the program in the subjective reality participants. **Methodology:** To achieve the research goal, some audio data's, collect from a previous research in psychodynamics of work (Therriault et al., 2014) were used. The data were transcribed as verbatim and then they were analysed and interpreted. **Results:** With the verbatim, all the work-related tasks that the participants have to do were noted. Then, the analyse of the psychodynamics of work revealed that the sources of pleasure at work were: counseling, the challenge of working with people who have cognitive or behavioral disorders, intraprofessional team work and finally occupying a position in the public areas. The sources of displeasure were: the lack of information concerning the patient's health, the lack of decision's making, the lack of gratefulness about hierarchy and family's members of patients, the physic and verbal abuses from patients, instability in the team of co-worker and in practice's disillusionment. Finally, the implantation of the program gave more recognition to the nursing helpers in their hierarchy's utility, more recognition from patients for their work and more power within the organization. **Discussion:** The nursing helpers deal with a lot of psychosocial constraints due to their work. So, the help relation become a symbolic compensatory or defensive overinvestment link. The involvement of the program in the nursing homes show some positives effects on the mental health at work by causing a strengthening of the nursing helpers work identity. **Conclusion:** The collect of data shows the urge of acting before psychological stress at work becomes a disease for this population. It would be interesting to apply this research in mental health in private nursing home.

**Key words:** nursing helpers, nursing home, mental health, psychodynamics of work and transformation of work

## REMERCIEMENTS

Un travail d'une telle ampleur ne peut se réaliser sans l'aide de personnes qui nous inspirent, nous orientent et nous supportent. C'est pourquoi je tiens premièrement à remercier M. Pierre-Yves Therriault, mon directeur d'essai, pour la confiance dont il a fait preuve à mon égard en me permettant de m'approprier le sujet de recherche sur lequel il travaille avec ses collaborateurs. Je remercie d'ailleurs les chercheurs associés, soit Mme Hélène Carbonneau, Mme Julie Fortier, Mme Sophie Éthier et M. Yves Couturier, de même que Mme Ginette Aubin qui a collaboré à la collecte de données. Un grand merci aussi aux participants qui ont pris part à ce projet avec humilité, et au Secrétariat aux aînés du Gouvernement du Québec qui a subventionné la recherche-action des chercheurs mentionnés, et ce dans le cadre du programme de Soutien aux initiatives pour le respect des aînés (SIRA).

Merci également à une préposée aux bénéficiaires avec qui j'ai travaillé il y a deux ans, laquelle m'a pris sous son aile, m'a fait bénéficier de son expérience et m'a ouvert les yeux sur la réalité difficile de son travail. Pour tous les préposés aux bénéficiaires qui s'identifieront en lisant cet essai, sachez que je vous remercie du fond du cœur pour le travail que vous réalisez chaque jour auprès de nos aînés québécois.

Finalement, merci à mes amies, mes collègues, mon conjoint, et aux membres de ma famille pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de mes études universitaires. C'est grâce à eux que je persévère vers l'atteinte de mon objectif ultime d'obtenir mon titre d'ergothérapeute.

## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....	III
ABSTRACT .....	IV
REMERCIEMENTS .....	V
LISTE DES FIGURES .....	VIII
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	IX
PRÉAMBULE .....	X
1 INTRODUCTION .....	1
2 PROBLÉMATIQUE.....	2
2.1 Travail et développement de la personne.....	2
2.2 Contexte de pratique des PAB en CHSLD .....	2
2.3 Pertinences sociale, professionnelle et scientifique de l'essai .....	7
2.4 Objectif de l'essai .....	8
3 CADRE THÉORIQUE .....	9
3.1 Définition des termes .....	9
3.2 Modèle de la psychodynamique du travail .....	11
4 MÉTHODE .....	13
4.1 Recension des écrits et choix du cadre théorique .....	13
4.2 Assemblage des données.....	14
4.3 Analyse de la psychodynamique du travail .....	15
4.4 Analyse des effets du programme de rehaussement de la qualité de vie entre les aidants et leurs proches atteints de troubles de mémoire sur la santé mentale des PAB.....	15
4.5 Validation des analyses.....	15
5 RÉSULTATS.....	16
5.1 Description des participants et de leur travail.....	16
5.2 Analyse de la psychodynamique du travail .....	17

5.2.1	Sources de plaisir .....	17
5.2.2	Sources de souffrance .....	18
5.2.3	Stratégies défensives déployées en quête d'équilibre.....	23
5.3	Analyse des effets de l'implantation du programme de rehaussement de la qualité de vie entre les aidants et leurs proches atteints de troubles de mémoire sur la santé mentale des PAB.....	25
5.3.1	Plus grande reconnaissance.....	25
5.3.2	Plus grand pouvoir d'agir.....	26
5.4	Comparaison des résultats obtenus suite à l'analyse secondaire des verbatim aux résultats du rapport final.....	27
6	DISCUSSION .....	28
6.1	Retour sur l'objectif.....	28
6.2	Comparaison des résultats.....	29
6.2.1	Sources de plaisir .....	29
6.2.2	Sources de souffrance .....	30
6.2.3	Stratégies défensives.....	31
6.2.4	Effets de l'implantation du programme de rehaussement de la qualité de vie entre les aidants et leurs proches atteints de troubles de mémoire sur la santé mentale des PAB.....	32
6.3	Implications cliniques .....	33
6.4	Forces et limites .....	34
7	CONCLUSION.....	35
	RÉFÉRENCES .....	36

**LISTE DES FIGURES**

Figure 1. Schéma d’articulation des concepts de la PDT (Adapté de Jauvin, Vézina, Bourbonnais, & Dussault, 2006) .....	11
Figure 2. Démarche méthodologique de l’essai.....	13



## LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
AMV	Approche milieu de vie
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CCHST	Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
EDSC	Emploi et développement social Canada
FCRSS	Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé
IPDTQ	Institut de psychodynamique du travail de Québec
IUGM	Institut universitaire de gériatrie de Montréal
IUGS	Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
MESS	Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale
MFA	Ministère de la Famille et des Aînés
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MVA	Milieu de vie adapté
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PAB	Préposé aux bénéficiaires
PDT	Psychodynamique du travail

## PRÉAMBULE

L'expérience du travail de préposé aux bénéficiaires (PAB) dans une résidence privée pour personnes âgées non autonomes dans le cadre d'un emploi d'été a suscité beaucoup de questionnements. Comment favoriser le maintien des capacités résiduelles des résidents quand la philosophie des PAB et des employeurs prône le *faire pour* ? Ensuite, est-ce éthiquement acceptable de laisser la responsabilité de veiller à la sécurité de quarante résidents à une seule PAB durant le quart de nuit ? De manière générale, les conditions de travail se sont avérées être très difficiles, que ce soit l'alternance entre les trois quarts de travail, la maigre compensation salariale pour les efforts fournis, le manque de considération des inquiétudes rapportées tant à l'infirmière qu'aux employeurs concernant le bien-être des résidents, la charge importante du nombre de résidents, les comportements perturbateurs de certains usagers, la collaboration professionnelle problématique, etc. Dans ce contexte, plusieurs dilemmes professionnels ont été vécus.

De surcroît, l'expérience d'animateur de loisirs dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) a permis d'en connaître davantage sur la clientèle qui y est institutionnalisée, tout en portant un regard externe sur le travail de PAB dans ce milieu de pratique. Plus spécifiquement, j'ai eu la chance de collaborer avec des PAB travaillant sur une unité prothétique et même avec certains membres de l'entourage de ces résidents qui avaient des troubles cognitifs sévères. Je me rappelle avoir encouragé une aidante à apporter l'accordéon de sa mère au CHSLD. Par la suite, ce fut un pur moment de bonheur que de voir sourire la femme âgée dont les doigts se rappelaient comment utiliser l'instrument.

Suite à ces deux expériences, je pouvais noter un écart entre le travail des PAB travaillant dans le milieu privé et celui des PAB travaillant dans le milieu public. Ainsi, je me suis questionnée à savoir pourquoi au privé les PAB réalisent les suivis glycémiques des résidents suite à une courte formation donnée par une infirmière, alors que dans le milieu public cette responsabilité appartient aux infirmières. De plus, je me suis questionnée sur l'effet des conditions de travail des PAB sur leur collaboration interprofessionnelle avec les ergothérapeutes.

## **1 INTRODUCTION**

Le travail, dont celui de PAB, représente l'activité significative occupant habituellement la place la plus importante dans la routine quotidienne des adultes. C'est un lieu de développement de l'identité individuelle dans la sphère sociale se traduisant par le désir d'accomplissement de soi (Dejours, 2000b). Il permet notamment à l'individu de s'actualiser, de se réaliser et de participer à une œuvre commune (Malenfant, Côté, & Duchesne, 2013). Il contribue ainsi à donner un sens à la vie. L'ergothérapeute est un professionnel de la santé dont le rôle est d'aider un individu ou une communauté à réaliser les activités qui favorisent leur santé et leur bien-être tout en œuvrant pour que la société soit juste et inclusive afin que tous puissent s'engager selon leur plein potentiel dans leurs activités de la vie quotidienne (AVQ) (Townsend & Polatajko, 2013). Dans cette optique, les ergothérapeutes ont un rôle à jouer en tant qu'agent de changement dans la prévention et la promotion de la santé (OEQ, 2015) des travailleurs marginalisés que représentent les PAB (Aubry, 2012a). Cet essai vise à décrire les effets de l'implantation d'un programme de rehaussement de la qualité de vie entre les aidés atteints de troubles de la mémoire et leurs proches sur la santé mentale de PAB travaillant en CHSLD. Dans un premier temps, la problématique sera présentée afin de dresser un portrait du travail de PAB en CHSLD au Québec. Par la suite, le cadre théorique de la recherche et la méthodologie seront explicités, suivis des résultats, de la discussion et de la conclusion.

## **2 PROBLÉMATIQUE**

Dans cette section, une recension des écrits fera état du développement de la personne dans le cadre du travail, suivi du contexte particulier de la pratique des PAB québécois en CHSLD. Les explications de la pertinence sociale, professionnelle et scientifique de l'essai seront par la suite précisées, puis son objectif sera énoncé.

### **2.1 Travail et développement de la personne**

La portion de la vie dédiée au travail constitue habituellement la plus étendue dans la vie d'un individu (Christiansen & Baum, 2005). À l'âge adulte, l'activité productive est la plus importante dans la routine quotidienne. Selon une enquête réalisée auprès de 1 000 travailleurs représentatifs de la population québécoise (Mercure & Vultur, 2010, tiré de Malenfant, Côté, & Duchesne, 2013), bien que la finalité première du travail soit de gagner sa vie (41,7%), le travailleur québécois d'aujourd'hui espère, entre autres, s'y réaliser personnellement (31,1%), socialiser (10,7%), servir la société (9%) et être reconnu (7,5%). Or, ces différents besoins des travailleurs sont difficilement comblés dans le contexte organisationnel actuel puisque la productivité est prônée au détriment de la qualité de vie au travail. Ainsi, les plus récentes restructurations du système de santé québécois tendent à imiter les modèles industriels d'accroissement de la productivité (Alderson, Morin, Rhéaume, Saint-Jean, & Ouellet, 2005). La vitesse d'exécution est prônée par une instrumentalisation à outrance des activités professionnelles et les discussions informelles entre travailleurs sont réprimandées puisqu'étant considérées non utiles (Malenfant et al., 2013). Dans ce contexte, il devient fondamental de s'inquiéter de la santé mentale des PAB qui évoluent dans de telles conditions de travail. Étant donné le rôle de l'ergothérapeute en promotion et en prévention de la santé (OEQ, 2015), ce dernier peut intervenir avec ces travailleurs afin de favoriser leur santé et leur bien-être dans l'occupation significative que constitue le travail.

### **2.2 Contexte de pratique des PAB en CHSLD**

Depuis de nombreuses années, le vieillissement de la population est constaté au Québec, de même que l'allongement de l'espérance de vie (Statistique Canada, 2014). Selon la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), l'accroissement des dépenses en santé publique au Canada est importante et se fait plus rapidement que l'évolution de l'économie

(Constant, Perterson, Mallory, & Major, 2011). Dans une optique de rationalisation des coûts dans le domaine de la santé, le virage ambulatoire de 1990 a entraîné la décentralisation des services, soit en favorisant le maintien à domicile et en diminuant les séjours hospitaliers, voire institutionnels (Trahan, Bégin, & Demers, 2001). Cette réforme a conduit à une baisse du nombre de CHSLD, dont le nombre est passé de 410 en 1993 à 160 en 2001 (Lemieux, Bergeron, Bégin, & Bélanger, 2003). De plus, les critères d'admissibilité dans ces installations ont été resserrés (Aubry, 2012a), ce qui se traduit par une clientèle de plus en plus dépendante tant physiquement que cognitivement (Clément & Lavoie, 2005). Pour les travailleurs<sup>1</sup>, cela a conduit à l'augmentation du nombre de résidents par PAB (Aubry, 2012a).

Au sein du programme de soins de longue durée au Québec, l'approche milieu de vie (AMV) a été préconisée par les orientations ministérielles de 2003 (MSSS, 2003) afin de favoriser la transition de l'approche médicale de la culture hospitalière qui prévalait jusqu'à maintenant à une approche prothétique centrée sur la qualité de vie du résident qui se rapproche le plus possible du milieu de vie naturel (Bigaouette, 2001; MSSS, 2009). Selon cette nouvelle approche, les environnements physique et social, de même que la programmation d'activités visent à optimiser l'autonomie fonctionnelle et psychosociale des résidents, ainsi que leur confort en jouant le rôle de « prothèse » (MSSS, 2009). Pour les intervenants, dont les PAB, l'AMV implique une réorganisation majeure des soins qui doivent être abordés non pas en fonction des quarts de travail, mais plutôt sur une période de douze heures (Alderson, Saint-Jean, Rhéaume, & Ruelland, 2011). Dans ce contexte particulier du travail en CHSLD, le taux le plus élevé d'absences pour maladie du réseau de la santé et des services sociaux fut enregistré en 2004-2005 (Bigaouette, 2007). Plus particulièrement, les PAB font partie des catégories de travailleurs pour lesquelles les réclamations en assurance-salaire sont les plus fréquentes, bien que leur type d'emploi ne représente que 18,5 % du personnel du réseau en 2013-2014 (MSSS, 2015). Selon la même source, 43,9 % des coûts engendrés en assurance-salaire pour ces mêmes années chez les travailleurs du réseau sont associés à des diagnostics de santé mentale. Ainsi, un lien peut être fait entre les changements dans le contexte de pratique des PAB et leur santé mentale au travail.

---

<sup>1</sup> À noter que l'utilisation du masculin dans ce document vise uniquement à en faciliter la lecture et la compréhension.

Étant donné ces contextes politique et démographique de pratique, il importe de dresser un portrait des conditions de travail spécifiques mettant à risque la santé des PAB travaillant en CHSLD au Québec. Une recension des écrits a permis d'identifier six facteurs clés. Dans un premier temps, la manutention fréquente des résidents en perte d'autonomie place ces travailleurs à haut risque de lésions professionnelles suite à des efforts excessifs. C'est d'ailleurs les PAB qui sont les plus touchés en CHSLD (Bédard, 2003), alors qu'est enregistré dans ce milieu le plus haut taux d'indemnisation pour lésions professionnelles parmi les secteurs de la santé par la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) (Bigaouette, 2011). De plus, afin de répondre aux besoins grandissants en matière de santé et de services sociaux des aînés québécois, tout en contrant les dépenses excessives relativement au maintien du système de santé publique, diverses mesures gouvernementales ont été entreprises dont certaines favorisent l'allongement de la vie active (Tremblay, 2007). En revanche, le vieillissement des travailleurs augmente le risque de blessures musculosquelettiques graves (CCHST, 2015).

Dans un deuxième temps, les PAB doivent composer avec les comportements souvent agressifs et perturbateurs des résidents qui présentent fréquemment un type de démence (Bigaouette, 2001; Lachs et al., 2013). Selon l'étude de Lachs et de ses collaborateurs (2013), le haut niveau d'aide requis pour la réalisation des AVQ fait partie des facteurs associés significativement aux agressions. À ce propos, les instances gouvernementales suggèrent de « considérer tout comportement agité comme étant l'expression d'un besoin physique ou psychologique non comblé ou d'une douleur non soulagée » (IUGM & CSSS-IUGS, 2012, p. 3). Or, les services dispensés par les PAB se concentrent sur la satisfaction des besoins physiologiques de base de la clientèle, soit les activités d'alimentation, d'hygiène et de repos (Bigaouette, 2001). Ainsi, l'importante charge de travail ne permet pas de satisfaire les besoins des résidents liés, notamment, à la réalisation de soi, l'estime de soi, la considération et la sécurité (Bigaouette, 2001), ce qui est d'ailleurs déploré par leurs collègues infirmières (Alderson et al., 2011). Selon la théorie attributionnelle des émotions (Weiner, 1980), les troubles de comportements des résidents peuvent engendrer chez les PAB des émotions négatives à leur égard, puisque ces derniers sont parfois interprétés faussement comme étant réfléchis. Ces interprétations erronées de l'origine des troubles de comportement peuvent provoquer en retour une diminution du comportement d'aide (Jinchereau & Audet, 1997) et une dépersonnalisation de

leur travail (Bourbonnais & FCRSS, 2004). Selon un sondage de 2007 (Bigaouette, 2008), des comportements agressifs et perturbateurs de la clientèle peuvent découler une détresse psychologique, des troubles musculosquelettiques et des traumatismes physiques, voire même psychologiques.

D'autre part, les PAB doivent composer avec un écart grandissant entre l'organisation prescrite<sup>2</sup> et l'organisation réelle<sup>3</sup> de leur travail (Aubry & Couturier, 2014), soit des exigences de productivité difficilement applicables dans la réalité terrain qui peuvent engendrer une souffrance éthique. C'est en se regroupant en un collectif de travail qu'ils font face à cette problématique, c'est-à-dire qu'ils représentent « un groupe proactif de travailleurs effectuant une activité collective pour effectuer une tâche précise, et partageant des pratiques, compétences ou stratégies [défensives] souvent informelles, mises en application collectivement afin de faciliter la pratique quotidienne de chacun des membres du groupe » (Aubry, Couturier, & Gilbert, 2013, p. 58, tiré de ; Caroly & Clot, 2004). Plus particulièrement, le collectif de travail vise à réduire les risques de souffrance éthique, assumer la charge de travail et répondre aux injonctions qualitatives (Aubry & Couturier, 2014). Afin de réduire leur souffrance induite par les demandes contradictoires de qualité versus de quantité, le collectif adopte ainsi certaines stratégies défensives. Parmi ces stratégies déployées collectivement, se trouve la routine de travail selon les différents quarts de travail (Aubry et al., 2013). Les normes relativement à cette routine de travail établissent une séquence serrée des interventions, spécialement pour le quart de jour afin d'atteindre un roulement productif. Dans ce roulement attendu du groupe apparaît une temporalité à deux rythmes distincts illustrant ladite contradiction (Aubry, 2012b). Le premier consiste en un rythme soutenu pour respecter la charge de travail prescrite sans perdre de temps entre les diverses tâches journalières. Le deuxième implique une cadence adaptée à la clientèle pour être à l'écoute des besoins. Cependant, l'approche milieu de vie modifie ces temporalités collectives et la séquence serrée des interventions en prônant la singularisation des soins, ce qui signifie que le rythme de travail devrait être modulé en tout temps selon les besoins spécifiques des clients (Aubry et al., 2013). L'AMV semble de ce fait attaquer la fonction protectrice du collectif de travail (Aubry et

---

<sup>2</sup> L'organisation prescrite du travail correspond à l'« organisation prévue dans la description des tâches, des méthodes et des procédures » (Alderson, 2004b, p.248, tiré de Davezies, 1993)

<sup>3</sup> L'organisation réelle du travail est l'organisation qui prévaut dans la réalité terrain du travail des PAB (Davezies, 1993).

al., 2013). Il en découle que le collectif est perçu par les infirmières comme une source de résistance au changement, alors que pour les principaux intéressés, il s'agit d'un facteur de protection (Aubry et al., 2013). Par ailleurs, l'atteinte au collectif de travail nuit à l'intégration des recrues qui ne bénéficient plus autant de la transmission des stratégies défensives de la part des PAB plus expérimentés (Aubry, 2012c). De manière générale, l'effritement progressif du collectif et l'intensification de la charge de travail provoquent une souffrance éthique par la non-concordance de leur pratique actuelle avec leurs valeurs qualitatives du prendre-soin (Aubry & Couturier, 2014; Molinier, 2010 tiré de Aubry, 2012b).

Par ailleurs, les PAB disent souffrir d'un manque de soutien social de la part de leurs supérieurs et d'une faible latitude décisionnelle (Bourbonnais et al., 2005). Comme l'a affirmé Aubry (2012a), les PAB se retrouvent au bas de la hiérarchie organisationnelle de type hospitalier. Selon l'auteur, ils sont dominés par leurs supérieurs qui leur imposent des formations, qui ne répondent pas nécessairement à leurs besoins prioritaires. Les PAB interrogés au sujet de l'une de ses formations déplorent le fait que les gestionnaires ne saisissent pas les enjeux réels auxquels ils sont confrontés quotidiennement. Ainsi, selon ces travailleurs, la charge réelle de travail et la lourdeur clinique de la clientèle échappent aux réflexions des gestionnaires sur leur travail. Les trente PAB interrogés dans le cadre d'une étude (Aubry, 2012a) rapportent que les démarches formatrices sont louables, mais que leur contenu peut difficilement être intégré en raison de l'omission des dirigeants de prendre en compte les stratégies de régulation collectives déployées pour contrer les demandes contradictoires de la pratique quotidienne. Ainsi, les PAB ne sont pas consultés pour les prises de décision qui les concernent, ce qui illustre une séparation entre le personnel paramédical et les professionnels et gestionnaires plus éloignés de la réalité terrain.

De plus, le travail en CHSLD est associé à une forte demande émotionnelle (Bourbonnais et al., 2005) puisque dans le cadre de leur emploi, les PAB doivent faire face régulièrement à la souffrance vécue par les résidents qui perdent graduellement leur autonomie (Alderson, 2006). Étant les interlocuteurs les plus accessibles, les PAB ont parfois à jouer le rôle de bouc-émissaire à la fois pour le résident que pour les membres de son entourage qui ressentent le besoin d'évacuer leurs émotions (Pietraszkiewicz, 1996). De surcroît, côtoyer la mort fait partie prenante du travail en milieu institutionnel.



Enfin, des PAB interrogés disent vivre quotidiennement une suspicion de maltraitance de la part du public, ce qui compromet la reconnaissance (Aubry, 2012a). Or, la problématique de la santé mentale au travail des PAB dans les CHSLD est associée au problème fort médiatisé de la maltraitance des aînés. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2002) souligne qu'il y a « maltraitance » lorsqu'un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez la personne. Dans un même ordre d'idées, la littérature indique que le manque de personnel (Bigaouette, 2001), la surcharge de travail et les problèmes personnels sont des pistes d'explications de la maltraitance (McDonald et al., 2012). Plus spécifiquement dans une étude de Goergen (2004), il s'est avéré que le stress du personnel dans les établissements d'hébergement a été corrélé à de la négligence et à des abus (Goergen, 2004, tiré de McDonald et al., 2012). Ainsi, comme le suggèrent Alderson et ses collaborateurs (2011, p.34), « les symptômes de la souffrance au travail demeurent souvent discrets, mais peuvent, dans certains cas, s'exprimer ouvertement ». Offrir de meilleures conditions de travail pour le personnel diminuerait donc le risque d'abus (Fenin, 2012). D'ailleurs, la diminution de la reconnaissance au travail induite par une suspicion de maltraitance entraîne un déséquilibre entre les efforts fournis et la reconnaissance obtenue, ce qui a été identifié parmi les contraintes psychosociales du travail par le personnel de soins (infirmières, infirmières auxiliaires et PAB) œuvrant en CHSLD (Bourbonnais et al., 2005).

Il est donc possible de constater que les PAB sont exposés à plusieurs risques au travail, tels des exigences élevées sur le plan physique, des agressions de la clientèle qui mettent à risque leur santé mentale et physique, une souffrance éthique, un faible soutien social, une mince latitude décisionnelle, une forte demande émotionnelle et une reconnaissance au travail diminuée par le phénomène médiatisé de maltraitance.

### **2.3 Pertinences sociale, professionnelle et scientifique de l'essai**

À la lumière du contexte et des conditions de travail des PAB en CHSLD, la souffrance vécue par ces derniers dans le cadre de leur pratique quotidienne est un problème d'envergure. De plus, comme le suggèrent Bourbonnais et ses collaborateurs (2004), l'amélioration de la santé mentale des soignants pourrait avoir un impact positif sur la qualité de vie et la satisfaction de la clientèle vis-à-vis les soins offerts. Par ailleurs, puisque « les problèmes de santé mentale

constituent l'un des problèmes de santé les plus fréquents, coûteux et invalidants » chez les travailleurs (Bourbonnais & FCRSS, 2004, p. ii), la prévention demeure une avenue intéressante à adopter pour les interventions futures dans le domaine du travail. Les ergothérapeutes font partie des acteurs clés pouvant œuvrer en ce sens. Selon une publication de l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE), dans le contexte de ressources humaines et monétaires limitées, il est en outre avantageux économiquement de prévenir l'apparition de problèmes de santé mentale avant que des soins aigus ne soient requis (Rexe, McGibbon Lammi, & von Zweck, 2012).

Tel que mentionné précédemment, un lien peut être fait entre les changements dans les conditions de travail des PAB et leur santé mentale. Ces changements peuvent être une trace de transformations du travail, tel l'implantation d'une approche novatrice pour intervenir auprès d'une clientèle particulière. Dans ce présent travail, la problématique concerne la santé mentale au travail des PAB en CHSLD suite à une transformation de leur travail, soit le programme visant à rehausser la qualité de vie des aidants et de leurs proches atteints de troubles de la mémoire (Carbonneau, Caron, & Desrosiers, 2009). Ce programme préconise une approche d'éducation au loisir adapté à la clientèle où le loisir n'est que le médium choisi pour que les aidants passent un agréable moment avec leurs proches. L'accent est ainsi mis sur le climat dans lequel est réalisée l'activité plutôt que sur son résultat. Les interventions du programme s'inspirent d'ailleurs des théories de la psychologie perceptuelle (Coutu-Wakulczyk, Montgomery, & O'Brien, 1989) et cognitivo-comportementale (Beck, 1995). Les PAB jouent, quant à eux, un rôle de facilitateur de ces moments positifs en épaulant les aidants dans le développement de leurs compétences à créer des moments plaisants.

## **2.4 Objectif de l'essai**

Alors que la pertinence du programme de rehaussement de la qualité de vie a été démontrée auprès des aidés et des aidants (Carbonneau, Caron, & Desrosiers, 2011), il ne fut pas jusqu'ici question de l'impact de l'implantation de ce dernier sur la pratique des travailleurs, plus spécifiquement les PAB. Le présent travail vise à décrire les effets de l'implantation du programme de rehaussement de la qualité de vie des aidés atteints de troubles de la mémoire et de leurs proches aidants sur la santé mentale des PAB travaillant en CHSLD.

### **3 CADRE THÉORIQUE**

Le cadre théorique utilisé pour appréhender le phénomène à l'étude est celui de la psychodynamique du travail (PDT). Il s'agit d'une approche théorique développée en France dans les années 1970 par Christophe Dejours, psychiatre et psychanalyste (Alderson, 2004b). Cette dernière tire ses origines de la psychanalyse, de l'ergonomie et de la sociologie (Carpentier-Roy & Vézina, 2000). Elle permet « l'analyse dynamique des processus psychiques mobilisés par la confrontation du sujet à la réalité du travail » (Dejours & Abdoucheli, 1990, p. 127). La PDT est notamment utilisée par les chercheurs de l'Institut de psychodynamique du travail du Québec (IPDTQ). Afin de favoriser la santé mentale au travail, les membres de l'IPDTQ ont réalisé plusieurs enquêtes selon cette approche dans différents milieux (Carpentier-Roy & Vézina, 2000). Pour bien saisir la portée de l'approche de la PDT, il importe d'en définir les concepts qui y sont rattachés et de proposer un modèle schématisant la dynamique entre ceux-ci.

#### **3.1 Définition des termes**

Tout d'abord, la santé est définie comme un idéal inatteignable (Dejours, 1995). La normalité, quant à elle, correspond à « un état réel (et non un idéal) où les maladies sont stabilisées et les souffrances sont compensées » (Dejours, 1995, p. 3). Selon la PDT, l'individu adopte un comportement actif dans sa conquête constante de cet équilibre entre source de plaisir et source de souffrance au travail (Dejours, 1995); ce rapport psychique n'étant toutefois jamais neutre (Dejours, 2011). Plus spécifiquement, le plaisir est défini comme l'état « de bien-être psychique vécu par un individu lorsque son travail, tel que structuré et organisé, lui permet de satisfaire ses désirs de reconnaissance, de pouvoir, d'autonomie, d'accomplissement et de construction identitaire » (Alderson, 2005, p. 78). Pour sa part, la souffrance correspond à l'état « de lutte que vivent les travailleurs pour demeurer dans la normalité et ne pas sombrer dans la maladie » (Alderson, 2004b, p. 249). Il peut s'agir d'un état caractérisé par l'ennui, la monotonie, la peur, l'anxiété, l'angoisse, la déception, l'insatisfaction, l'absence de coopération, le manque de solidarité au travail, etc. (Dejours, 1987). Par ailleurs, la PDT adopte une vision positive de la réalité au travail en s'intéressant particulièrement aux stratégies défensives mises en place par les travailleurs pour faire face aux sources de souffrance reliées à un contexte de

travail. Ces défenses individuelles et collectives relèvent essentiellement d'un processus inconscient, mais intentionnel (Dejours, 1995). Il en ressort que le collectif de travail revêt une grande importance pour la santé mentale de chacun des travailleurs par le développement des stratégies défensives qui en découlent, et ce peu importe le contexte.

En ce qui a trait au travail, il correspond à l'activité coordonnée des hommes et des femmes pour faire face à ce qui n'est pas déjà donné par l'organisation prescrite du travail (Davezies, 1993; Gernet & Dejours, 2009). Il est par définition humain, c'est-à-dire qu'il ne peut être automatisé par une machine (Dejours, 2000b). Ainsi, travailler comprend nécessairement une implication subjective du travailleur dans son exécution du travail prescrit, que ce soit de l'initiative, de l'inventivité, de la créativité et des formes d'intelligence spécifiques pour adapter l'action au contexte réel de pratique (Dejours, 2000b). Cette mobilisation unique du travailleur demeure de ce fait invisible (Dejours, 2000a). Selon cette théorie, il existe par conséquent un écart considérable entre l'organisation prescrite du travail et l'organisation réelle.

Le travailleur est perçu pour sa part comme un être à la fois subissant et agissant sur l'organisation du travail (Carpentier-Roy, 1995). Autrement dit, le travailleur reçoit les directives prescrites par les dirigeants concernant l'organisation des tâches, des méthodes et des procédures tout en mettant à contribution sa subjectivité pour la mise en application des directives sur le terrain en fonction des contraintes réelles de la pratique. À ce propos, selon la théorie de la PDT, la santé mentale au travail est problématisée par la nécessaire quête d'identité du travailleur qui l'amène à agir sur l'organisation du travail. Plus spécifiquement, cette quête se traduit par le désir d'accomplissement de soi dans la sphère sociale (Dejours, 2000b). L'identité se forge ainsi à travers la reconnaissance du travail de l'individu, tant au sens de constat que de gratitude (Dejours, 2000b). En effet, la reconnaissance au sens de constat s'obtient par le biais de jugements d'utilité économique, sociale ou technique de la part des membres de la hiérarchie, des subordonnés et des clients, alors que celle au sens de gratitude provient de jugements de beauté posés essentiellement par les pairs (Dejours, 1995). Ainsi, grâce à la reconnaissance, le travail ne consiste pas uniquement en la production de biens et de services; il s'agit en outre d'un lieu d'épanouissement personnel (Gernet & Dejours, 2009).

### 3.2 Modèle de la psychodynamique du travail

Selon la théorie de la PDT, la santé mentale au travail correspond à « l'équilibre dynamique entre le besoin d'accomplissement de l'individu, les normes sociales dont il dépend et le travail qui impose une productivité dans un cadre donné » (Carpentier-Roy & Vézina, 2000, p. 36). Les trois entités qui constituent le modèle de la PDT (travail et son organisation, environnement social et travailleur) et qui interagissent continuellement dans une quête incessante de la normalité sont schématisées dans la Figure 1.

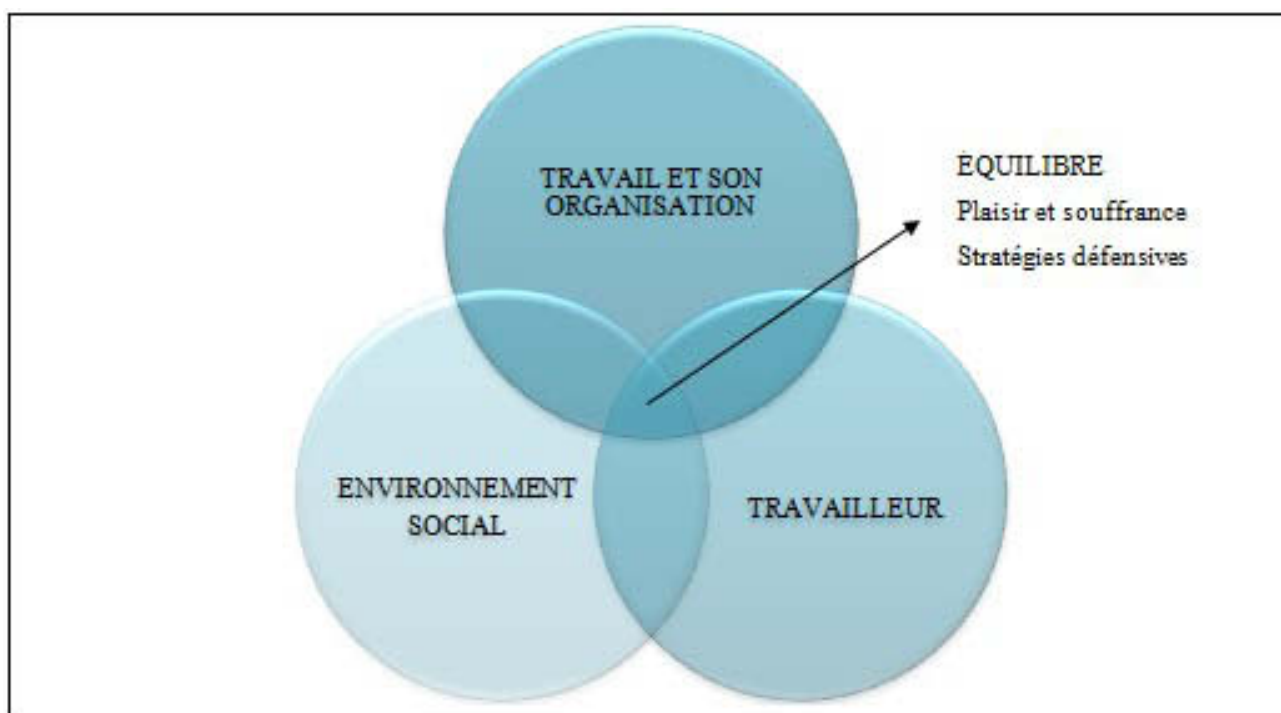


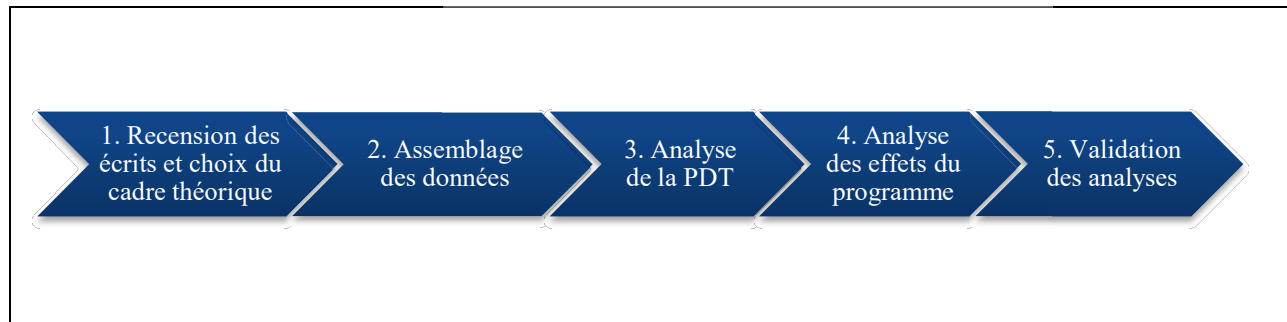
Figure 1. Schéma d'articulation des concepts de la PDT (Adapté de Jauvin, Vézina, Bourbonnais, & Dussault, 2006)

Ce modèle sert de bases théoriques pour l'approche méthodologique utilisée dans le cadre de cet essai afin d'identifier les effets de l'implantation du programme de rehaussement de la qualité de vie entre l'aidant et son proche atteint de troubles de la mémoire sur la santé mentale au travail des PAB en CHSLD. La théorie de la PDT offre une conceptualisation interprofessionnelle (Alderson, 2005) des éléments impliqués dans l'évaluation de la santé mentale au travail selon une vision holistique considérant ainsi les dimensions individuelles, intersubjectives, organisationnelles et sociales (Jauvin et al., 2006). En outre, étant donné que

l'approche de la PDT dépasse la vision technique, instrumentale, utilitaire et objective du travail (Carpentier-Roy, 1995), elle permet de travailler de concert avec les participants pour décrire les effets invisibles de l'implantation du programme sur leur santé mentale. Cette approche favorise de surcroît l'autonomisation des PAB dans la quête de solutions pour une meilleure santé mentale au travail en les considérant, entre autres, comme experts de leur situation spécifique de travail.

## 4 MÉTHODE

Dans le cadre de cet essai, la démarche méthodologique comprend cinq grandes étapes. Chacune sera abordée distinctement dans cette section. La Figure 2 illustre le processus choisi.



*Figure 2. Démarche méthodologique de l'essai*

### 4.1 Recension des écrits et choix du cadre théorique

La recension des écrits a été réalisée afin d'établir l'état de la question de recherche, de définir et de délimiter la problématique de recherche et de saisir la portée des concepts en jeu, tel que présenté dans les sections précédentes (Fortin & Gagnon, 2010, p. 135). Tout d'abord, cette dernière a permis d'identifier le cadre théorique de la PDT comme étant fort utile pour l'atteinte de l'objectif de l'essai. Par la suite, les recherches élaborées selon le paradigme du stress ont été exclues, étant donné que la théorie de la PDT adopte une vision positive de l'expérience du travail. De manière générale, il s'est avéré que peu d'écrits scientifiques se rapportent dans les bases de données à la santé mentale des PAB en CHSLD. Dans le but d'élargir la portée de la recherche, le moteur de recherche Google Scholar fut consulté. Il a d'ailleurs permis de fournir la grande majorité des références de ce travail. Plusieurs publications gouvernementales ont finalement été consultées afin de dresser un portrait des contextes politique, démographique et organisationnel encadrant la pratique des PAB dans les CHSLD québécois.

## 4.2 Assemblage des données

Il a ensuite été question de l'assemblage des données issues d'une recherche-action (Therriault et al., 2014) en PDT<sup>4</sup> afin de décrire les effets sur la santé mentale de PAB travaillant en CHSLD, de l'implantation du programme novateur de rehaussement de la qualité de vie entre les aidants et les aidés atteints de troubles de mémoire. Dans cette perspective, les données ont été utilisées aux fins d'analyse. Selon la méthode d'enquête de la PDT, il s'agit de comprendre comment un groupe de travailleurs partageant des tâches similaires dans une même organisation donnent un sens à leur réalité de travail. Plus particulièrement, il s'agit de recueillir les perceptions des PAB face au changement induit dans leur pratique par l'intégration du programme selon leurs effets sur l'équilibre entre les sources de plaisir et de souffrance au travail et les stratégies défensives déployées. La recherche étudiée s'inscrit, par conséquent, dans un paradigme compréhensif auquel est rattachée l'approche de la PDT (Alderson, 2004a). Ce paradigme est associé à la quête de sens dans un contexte spécifique de découverte plutôt qu'à la recherche de la vérité objective (Alderson, 2004a). Selon la théorie de la PDT, c'est à travers la parole volontaire et authentique d'un collectif de travailleurs, dans des conditions favorables, que les sources de plaisir et de souffrance, de même que les stratégies de défense collectives sont révélées (Alderson, 2004a; Carpentier-Roy & Vézina, 2000). Dans le cadre de cet essai, un CHSLD associé à une agence de la santé du Québec faisant partie du continuum de services offerts à la population a été sélectionné. Parmi cette institution, l'unité Milieu de vie adapté (MVA) a été retenue comme cible d'investigation puisque le programme s'adresse à la portion des usagers du CHSLD ayant des troubles de la mémoire. Cette unité comprend douze chambres individuelles. Une fois l'entente de partenariat établie avec les dirigeants de l'établissement, les PAB répondant aux critères d'inclusion (être adulte, occuper un poste de jour sur l'unité MVA du CHSLD sélectionné, être francophone et signer le certificat de consentement) ont été invités à participer à l'enquête. Les données utilisées dans le cadre de cet essai proviennent des entrevues semi-dirigées réalisées auprès des participants à l'enquête, ainsi

---

<sup>4</sup> Cette enquête a consisté en trois rencontres de groupe d'environ deux heures, enregistrées sur support audionumérique avec l'accord des participants. Les deux premières visaient à dresser un portrait global du vécu au travail suite à l'implantation du programme dans leur milieu. La troisième rencontre fut dédiée à la validation par les participants de l'analyse faite par les deux chercheurs à l'aide de la grille conceptuelle de la PDT. À noter que l'un des chercheurs fait partie de l'IPDTQ. Suite aux précisions obtenues des participants, un rapport final fut rédigé (Carbonneau, Éthier, Fortier, Therriault, & Couturier, 2014).



que du rapport final (Carbonneau et al., 2014) ayant fait l'objet d'une validation auprès des participants lors de la troisième rencontre de groupe. Les enregistrements audio ont été écoutés une première fois avant d'être retranscrits sous forme de verbatim.

### **4.3 Analyse de la psychodynamique du travail**

Par la suite, l'écoute sans a priori des enregistrements audio a mené à une analyse générale des entretiens de groupe. Cette première analyse « consiste à traiter le contenu des données narratives de manière à en découvrir les thèmes saillants et les tendances » (Fortin & Gagnon, 2010, p. 467). Toujours selon l'approche de la PDT, les catégories retenues en prévision de l'analyse systématique des données furent les sources de plaisir et de souffrance, ainsi que les stratégies défensives. Une fois les catégories identifiées, une analyse secondaire des données a été effectuée. Il s'agit d'une « technique d'analyse de contenu qui consiste à expliquer le ou les sens cachés d'un texte [...] à partir de différentes grilles de lecture données à priori » (Mucchielli, 2009, p. 122). Ainsi, suite à l'établissement des catégories lors de l'analyse générale, un processus de codification et de mise en relation à l'aide de la grille conceptuelle de la PDT a permis de dresser un portrait du travail de PAB et de faire ressortir les sources de plaisir et de souffrance du travail, de même que les stratégies défensives déployées par les participants avant l'implantation du programme. Pour ce faire, le logiciel NVivo a été utilisé.

### **4.4 Analyse des effets du programme de rehaussement de la qualité de vie entre les aidants et leurs proches atteints de troubles de mémoire sur la santé mentale des PAB**

Par la suite, l'analyse de contenu des verbatim a permis de faire ressortir les effets spécifiques de l'implantation du programme dans le rapport au travail au quotidien en ce qui a trait aux sources de plaisir et aux sources de souffrance identifiées lors de l'analyse de la PDT. Parmi les données appartenant à une même catégorie, des codes furent extraits de sorte à former des regroupements ayant une signification similaire.

### **4.5 Validation des analyses**

En dernier lieu, les résultats obtenus ont été comparés à ceux présentés dans le rapport final. La validation a été facilitée par le fait que les catégories des analyses étaient les mêmes que celles ayant mené à la rédaction du rapport final. Celle-ci a permis d'offrir une nouvelle conception des effets de l'implantation du programme sur la santé mentale des participants.

## 5 RÉSULTATS

Les résultats<sup>5</sup> obtenus de la relecture des données brutes de l'enquête en PDT selon les catégories choisies seront présentés dans cette partie de l'essai selon trois sections distinctes. Dans un premier temps, une description de la population à l'étude sera fournie, de même qu'une description des tâches reliées à la réalisation du travail des PAB en CHSLD. Les résultats de l'analyse de la PDT suivront selon les catégories mentionnées précédemment et en fonction des codes développés. Par la suite, les effets de l'implantation du programme sur la santé mentale au travail des participants seront décrits. Enfin, les résultats de l'analyse secondaire des données seront comparés aux résultats du rapport final.

### 5.1 Description des participants et de leur travail

L'échantillon est constitué de trois participants de sexe féminin dont la moyenne d'âge est de 43 ans. Leur expérience de travail en tant que PAB dans différents milieux et contextes de travail varie entre 15 et 32 ans (moyenne = 23 ans). Plus particulièrement, tous les participants occupent un poste au MVA depuis plus de quatre ans. Deux participants, les plus jeunes, possèdent un diplôme de PAB alors que le plus âgé a appris son métier en le pratiquant dans un milieu hospitalier. Chacun des participants a reçu une formation de cinq jours pour œuvrer à l'unité MVA.

Les rôles des PAB consistent à assurer une présence continue auprès des aidés, à leur offrir une assistance physique pour la réalisation de leurs AVQ de sorte à contribuer à leur rétablissement ou à maintenir leur état de santé, ainsi que d'aider le personnel médical, hospitalier et des soins infirmiers dans la prestation des soins de base. Ils dispensent ces soins en respectant les directives du plan d'intervention établi par l'équipe soignante. Les PAB se rapportent à leurs supérieurs immédiats, l'infirmière et l'infirmière auxiliaire. En général, leurs tâches se regroupent en trois grandes catégories :

#### 1. Soins et services directs à la personne :

- aider les résidents à se laver, se vêtir et se dévêtir et faire leur toilette;

---

<sup>5</sup> Dans cette partie de l'essai, les phrases entre guillemets et en italique correspondent aux données issues des verbatim.

- servir les plateaux de nourriture, fournir le niveau d'aide requis aux résidents pour se nourrir, ainsi que les assister lors du choix du menu;
- lever, retourner ou masser les résidents;
- superviser les séries d'exercices effectuées par les résidents;
- organiser et proposer des loisirs aux résidents;
- accompagner les résidents durant les sorties pour divertissement et s'acquitter d'autres tâches connexes;
- observer l'état des résidents ou le contrôler;
- prélever les spécimens, tels que l'urine, les fèces ou les expectorations.

## 2. Soins et services sur l'environnement :

- fournir et vider les bassines;
- répondre aux appels;
- faire les lits et veiller à ce que la chambre des résidents soit propre;
- effectuer des travaux d'entretien (laver, stériliser, désinfecter et réparer) ou d'installation de matériel.

## 3. Tâches administratives :

- noter les soins administrés dans le rapport de fin de quart de travail;
- rendre compte des liquides absorbés et rejetés;
- tenir à jour l'inventaire des fournitures;
- livrer les messages, les rapports, les réquisitions et les prélèvements d'un service à un autre.

## 5.2 Analyse de la psychodynamique du travail

### 5.2.1 Sources de plaisir

#### 5.2.1.1 Relation d'aide

La première source de plaisir identifiée est celle de la relation d'aide qui correspond à l'essence même du travail des PAB auprès des résidents. Autrement dit, avoir la possibilité d'aider une personne qui se trouve dans une position de vulnérabilité mobilise fortement ces travailleurs. Comme l'indiquent les participants, l'aide apportée touche toutes les sphères de l'individu, que ce soit les sphères affective, physique et cognitive : « *Nous sommes à la fois un père, une mère, une sœur, un aidant et un soignant* ».

#### 5.2.1.2 Présence de défis

Dans un même ordre d'idées, le fait d'être en mesure d'entrer en relation avec des personnes qui présentent des problèmes cognitifs rendant parfois difficile la relation d'aide est un

défi stimulant pour les PAB. La difficulté s'explique par le fait que les problèmes cognitifs souvent associés à une démence impliquent parfois des symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence (SCPD), telle qu'une violence physique ou verbale (CSSS-IUGS, 2013). Il en ressort donc un fort sentiment de fierté chez les participants de faire partie de la minorité des personnes capables de réaliser ce défi. En ce sens, recevoir de la reconnaissance de la part des résidents envers leur travail est considérée comme une rétribution favorisant leur maintien en emploi, tel que l'illustre ce commentaire : « *Le plaisir passe par la reconnaissance des résidents. Bien que nous ayons des résidents qui parfois se montrent agressifs, ces derniers nous offrent aussi de temps à autre des sourires* ».

#### 5.2.1.3 Travail d'équipe intraprofessionnel

Le fait de travailler en équipe avec un autre PAB est une autre source de plaisir mentionnée fréquemment par les PAB interrogés. Ils mentionnent d'ailleurs qu'il est plus facile de faire face collectivement aux exigences du travail en CHSLD : « *Travailler en équipe avec des collègues, avec une bonne communication, favorise l'entraide et contribue au plaisir de travailler* ». En outre, le support des pairs favorise la gestion des comportements perturbateurs de certains résidents, en s'y prenant en groupe pour la réalisation des soins ou encore en répartissant les soins à donner à certains résidents plus difficiles en fonction des forces de chacun des PAB.

#### 5.2.1.4 Occupation d'un poste au public

D'un point de vue plus pragmatique, occuper un poste dans un établissement public constitue une source de plaisir non négligeable pour ces travailleurs puisque le salaire y est plus avantageux qu'au privé, de même que les conditions de travail notamment en raison de la présence d'une organisation syndicale pour revendiquer leurs droits.

### 5.2.2 Sources de souffrance

#### 5.2.2.1 Peu d'accessibilité aux informations concernant les résidents

Les participants déplorent le fait que malgré qu'ils assurent le temps de présence le plus important auprès des résidents parmi les intervenants, ils n'ont pas accès à l'information

concernant l'état de santé de leurs clients. Ils n'ont accès ni aux dossiers des usagers ni aux notes des autres intervenants. Les participants soulignent à ce sujet qu'en plus de ne pas leur permettre d'offrir un service optimal aux résidents, le manque d'informations peut représenter un danger pour leur propre santé : *« Bien que nous identifions un changement de comportement chez un résident, les autres intervenants ne nous informent pas. Alors comment voulez-vous qu'on puisse en connaître la cause ? Nous ne pouvons savoir si nous sommes à l'origine de ce changement de comportement. Nous ne pouvons agir conséquemment. Les supérieurs nous disent que ce n'est pas à nous de savoir ça. Mais dans le fond oui, parce que c'est nous qui sommes auprès des résidents en permanence. S'il y a des coups à prendre, c'est nous qui allons les prendre »*. De surcroît, les PAB disent ressentir un sentiment de solitude et d'isolement par rapport aux autres intervenants en raison de cette distinction hiérarchique concernant le droit à l'information. Cependant, il est attendu d'eux qu'ils effectuent leurs tâches sans poser de questions ; ils ont un simple rôle d'exécutant. Un exemple fourni par les participants illustre cette souffrance : *« Cet hiver, il y avait une résidente dont l'urine était très foncée. Selon son historique médical, il était possible pour nous d'émettre des hypothèses. Un test d'urine a été réalisé par l'équipe des soins infirmiers. C'est un infirmier de nuit qui a finalement accepté de nous transmettre les résultats après les lui avoir demandés. Il a ainsi confirmé notre hypothèse. C'est valorisant de savoir que notre vision est correcte »*. De plus, même si une information outrepassa la barrière hiérarchique tel que l'indique l'exemple précédent, elle ne sera pas nécessairement partagée par l'ensemble des PAB : *« Le réseau de communication demeure problématique. Certaines personnes peuvent détenir des informations, mais elles ne se rendent pas à tout le monde »*. Le manque de communication serait aussi valable en sens inverse étant donné le peu de matériel de diffusion mis à leur disposition : *« Les membres de la hiérarchie veulent avoir des feedbacks, mais ils ne nous donnent pas les outils pour que nous puissions leur donner »*.

#### 5.2.2.2 Manque de pouvoir décisionnel

Il arrive que les tâches qui sont assignées aux PAB les confrontent dans leurs valeurs alors que leurs supérieurs ne leur laissent pas la latitude décisionnelle qui leur permettrait d'adapter la tâche pour résoudre le dilemme vécu. Par exemple, les participants ont mentionné vivre quotidiennement un inconfort relativement à la faible liberté décisionnelle des résidents :

« Donner un bain à quelqu'un qui ne veut pas, c'est confrontant. Tout comme réveiller quelqu'un le matin et ne pas être capable de faire sa toilette partielle. Nous nous faisons alors demander par nos supérieurs pourquoi la toilette du résident n'a pas été faite et si c'est parce qu'il était agressif. La réalité, c'est qu'il ne voulait simplement pas se faire réveiller ». L'extrait illustre le fait que la liberté décisionnelle des résidents quant au moment de recevoir leurs soins et services est contrainte par l'horaire rigoureux de l'établissement auquel les PAB doivent se conformer. Or, les PAB ont l'obligation de respecter cet horaire préétabli par le responsable de l'unité. Dans le même ordre d'idées, les aidants représentent souvent les tuteurs légaux pour leurs proches dont les atteintes cognitives ne permettent plus de prendre certaines décisions majeures. Les PAB peuvent dans ce contexte se sentir déchirés entre l'aidé qui verbalise un besoin et les directives opposées du tuteur légal. Ils expliquent : « *Quelle liberté a-t-on aujourd'hui ? Le fait que la famille décide parfois en fin de vie pour le résident vient heurter nos valeurs, plus spécifiquement celle de la liberté de choix. Par exemple, il y a des résidents qui demandent de les laisser marcher, mais le plan d'intervention établi par la famille et les autres intervenants ne le permet pas. Ces derniers ont peur pour les résidents* ». Cet extrait illustre le dilemme éthique ainsi créé lorsque la liberté décisionnelle des résidents est confrontée au besoin des aidants de maximiser la sécurité par des mesures de contrôle. De plus, les PAB peuvent être témoin d'acharnement thérapeutique sans toutefois que leur opinion professionnelle puisse avoir un impact sur le devenir de l'aidé, tel que mentionné par les participants : « *L'équipe soignante a décidé qu'il fallait changer un matelas pour un résident en phase terminale. Le décès a été constaté cinq minutes après le transfert. Tout cela en raison d'une rougeur !* ». Cet exemple témoigne du fait qu'au rôle d'exécutant des PAB est associé celui de spectateur relativement aux conséquences des décisions prises par leurs supérieurs. Autrement dit, ils sont aux premières loges de par leur proximité avec les résidents, mais cette position ne leur permet toutefois pas d'émettre leur opinion quant à l'avenir des aidés.

Ce manque de pouvoir décisionnel concerne aussi le devenir professionnel des PAB. Effectivement, ces derniers déplorent l'écart entre la variété des tâches déléguées aux PAB dans le milieu privé comparativement au milieu public dans lequel ils pratiquent. Cet écart est perçu comme un manque de respect de leur champ d'exercices. Pour les participants, cette inexploitation de leur plein potentiel porte atteinte directe à leur identité de PAB.

### 5.2.2.3 Manque de reconnaissance

En outre, les participants rencontrés déplorent le manque de reconnaissance de la part de la hiérarchie, que ce soit leurs supérieurs immédiats ou encore les gestionnaires. Ils rapportent obtenir peu de considération de la part de l'équipe multiprofessionnelle face à leur expertise particulière et à la spécificité de leurs tâches qu'ils développent en assurant une présence constante auprès des résidents, de même qu'en leur offrant une assistance physique dans la réalisation de l'ensemble des AVQ. Un des participants témoigne de son cheminement professionnel : *« Lorsque je travaillais à X, les PAB faisaient partie de l'équipe multiprofessionnelle. Quand l'équipe rencontrait les familles, il y avait toujours un PAB du département qui était présent. Ici, le PAB n'assiste pas aux rencontres et n'a pas de place dans l'équipe. Les dirigeants nous disent que nous ne devons pas parler. Si quelqu'un nous questionne, c'est l'infirmière qui doit répondre »*. Ainsi, bien que les PAB soient essentiels pour assurer la qualité des soins et des services rendus aux clients âgés, les dirigeants ne leur donnent pas la parole. Ceci fait en sorte que les participants disent se sentir mis de côté. Ils ajoutent que leurs bons coups ne sont pas soulignés par la hiérarchie. Un isolement professionnel est ainsi créé par le peu de jugement d'utilité et de beauté et porte atteinte à leur identité de travailleur.

Le manque de reconnaissance du travail s'étend aussi aux aidants naturels. Bien qu'il s'agisse d'une situation non généralisée, les participants considèrent que certains aidants portent des jugements sur leurs compétences, voire même sur leur crédibilité professionnelle : *« Il y a des familles auxquelles nous ne devons pas parler. Ce n'est pas nous qu'elles viennent voir, c'est toujours plus haut dans la hiérarchie. C'est comme si nous n'étions pas là »*.

### 5.2.2.4 Agressions physiques ou verbales

Parmi les sources de souffrance du travail en tant que PAB sur l'unité MVA, les participants ont, en outre, rapporté être victimes d'agressions de la part de la clientèle : *« Le résident peut crier, donner des coups, il peut faire n'importe quoi »*. Les PAB mentionnent qu'ils acquièrent une connaissance des comportements spécifiques de chacun des résidents selon leurs caractéristiques individuelles ce qui leur permet de contrôler en partie la venue des agressions. Les participants ont révélé l'exemple suivant : *« Il y a une résidente pour qui, si on*

*veut la déplacer ou l'amener aux toilettes, il est préférable d'être deux et même parfois trois parce que ça devient problématique. Les résidents nous perçoivent parfois comme des intrus en raison de leurs atteintes cognitives, ce qui cause leur résistance lors des soins ».* Ce partage démontre que les agressions surviennent de temps à autre, et ce malgré la connaissance acquise par les PAB relativement aux comportements de chacun des résidents.

#### 5.2.2.5 *Instabilité de l'équipe de travail*

De plus, le mode de gestion du personnel est source de souffrance dans le travail des PAB interrogés. Il s'agit du mouvement de personnel qui est chose courante dans ce milieu. En plus des changements de département, les PAB disent faire face constamment à une adaptation des équipes de travail. *« Ça fait deux jours que nous devons fonctionner avec du personnel qui est moins habitué parce que Y n'est pas là; elle est malade. Alors, il faut composer avec ça ».*

#### 5.2.2.6 *Désillusion de la pratique*

L'écart grandissant entre la théorie et la pratique est d'ailleurs une autre source de souffrance au travail. L'origine de cet écart est l'importante charge de travail dans le milieu, lequel engendre un rythme de travail plus rapide que celui qui est enseigné dans le cadre de leur formation initiale : *« Quand tu arrives sur le plancher pour laver le patient, tu n'as pas une demi-heure pour lui donner son bain. Le temps est limité ».* De plus, d'une année à l'autre, les techniques enseignées pour réaliser les soins évoluent, ce qui crée d'emblée une distinction entre les PAB d'expérience et les nouvelles recrues. Un des participants a mentionné que : *« Chaque année, il y a toujours des nouvelles règles. Quand j'ai suivi mon cours, les enseignants nous disaient qu'on devait utiliser un nombre déterminé de débarbouillettes pour laver un patient, mais dans la réalité, nous n'avons pas toujours le temps d'avoir le nombre de débarbouillettes prescrit ».* Les PAB ajoutent que la façon d'appliquer les techniques dans la pratique n'est pas toujours dans les règles de l'art, voire même inadéquate dans une certaine mesure. Par conséquent, en plus de vivre une désillusion de leur pratique une fois sur le marché du travail, les PAB se disent contraints d'effectuer leurs tâches de manière parfois déplorable.



### 5.2.3 Stratégies défensives déployées en quête d'équilibre

#### 5.2.3.1 Sublimation

Le premier mécanisme de protection identifié lors des entrevues consiste à transposer la réalité en quelque chose d'idéal pour accepter de persévérer dans le travail. Autrement dit, dresser un portrait plus attrayant de la réalité au travail permet à ces travailleurs de minimiser certaines sources de souffrance au travail. Par exemple, il peut s'agir de choisir de ne retenir que le sourire du résident qui s'est montré désagréable durant la journée. À plus grande échelle, ce mécanisme est mis en place dès l'entrée sur le marché du travail conséquemment au désenchantement qui survient lors du constat de l'écart entre la théorie et la pratique. Les participants expliquent : « *En formation, nos enseignants nous assurent que nous allons aimer le travail puisqu'il est beau, diversifié et plaisant. Or, quand on arrive sur le plancher, ce n'est pas ça du tout. Néanmoins, on apprend à apprécier ce que l'on fait avec l'expérience* ». C'est donc dire que choisir de concentrer son attention sur les éléments positifs en ignorant consciemment les éléments négatifs permet à ces derniers de poursuivre la réalisation de cette occupation significative.

#### 5.2.3.2 Engagement modulé

Ensuite, une autre stratégie défensive identifiée correspond au désinvestissement délibéré. Selon les informations obtenues lors des entrevues avec les PAB, il arrive qu'ils optent pour n'effectuer que le minimum de ce qui est attendu. L'exemple fourni par les PAB démontre qu'avec un résident reconnu comme étant très agressif, ils choisissent de n'avoir que le minimum de rapport avec lui : « *Il y a un résident que nous ne devons déranger en aucun cas. C'est pourquoi, quand vient l'heure de souper, nous lui demandons s'il vient manger. Quelques fois, il répond oui et il s'habille, alors que parfois il répond non. Quand il dit non, le préposé aux bénéficiaires lui répond que c'est correct, referme la porte et s'en retourne. That's it* ». Ledit résident n'obtient par conséquent pas le même encadrement quotidien que les résidents moins craints par les PAB.

### 5.2.3.3 Rationalisation

Les PAB de l'étude utilisent souvent la rationalisation qui réfère à l'adoption d'un regard pragmatique sur une situation spécifique, soit de baser son jugement sur les faits plutôt que sur les émotions. Par exemple, les PAB rationalisent lorsqu'il est question de faire face à l'épreuve douloureuse de la mort d'un résident. Ils témoignent ainsi que : *« À l'approche de la mort, nous nous disons que les résidents ne souffriront plus. Parfois, nous les voyons souffrir pendant un certain temps ... Peut-être que nous devenons endurcis face à la mort ou que nous l'accueillons différemment »*. Adopter un rapport plus serein avec cette étape inéluctable de la vie évite de ce fait aux PAB de se faire submerger constamment par la peine. En outre, les participants utilisent la rationalisation de manière à outrepasser leur première impression lorsqu'un résident agit de manière non socialement acceptable. Ils rapportent que reconnaître certains troubles de comportements des résidents comme étant des symptômes de la maladie favorise leur santé mentale au travail : *« En connaissant davantage la maladie, nous reconnaissons ses symptômes, ce qui facilite la compréhension des comportements. Parfois, nous nous interrogeons sur un changement de comportement et par la suite, on peut reconnaître l'évolution à un stade supérieur de la maladie »*. Cette rationalisation diminue par la même occasion le risque d'un contre-transfert néfaste pour la relation d'aide, ces réactions à la fois conscientes et inconscientes de l'intervenant à l'aidé (de Coulon, 2002).

### 5.2.3.4 Banalisation

À l'opposé de la rationalisation, la banalisation est une stratégie défensive utilisée par les participants qui consiste à minimiser le caractère péjoratif d'un acte de sorte à le rendre plus acceptable. Par exemple, les PAB prétendent avoir une certaine tolérance vis-à-vis les agressions physiques : *« Qu'on se fasse frapper, on l'accepte. Il y a beaucoup d'acceptation »*. Les marques physiques sont par ailleurs tolérées pour la reconnaissance qu'elles offrent aux travailleurs. Autrement dit, les marques physiques d'agressions représentent entre les PAB des preuves de compétence tel un trophée. À ce propos, un PAB a fait la déclaration suivante : *« Moi, j'ai reçu un coup de poing il y a deux ou trois semaines. J'avais encore la lèvre enflée le lendemain. Je n'ai rien eu de grave, mais j'ai quand même reçu un coup de poing »*. Il est possible de noter que dans cet extrait, le participant ne mentionne pas les conséquences psychologiques de s'être fait

frappé par un résident. Les effets de l'agression sont limités à ce qui est visible. De manière générale, les résultats de l'analyse secondaire tout comme ceux du rapport final démontrent que chez les PAB être capable d'encaisser les éraflures, les ecchymoses et les enflures est valorisé. Ce mécanisme de protection rend ainsi plus tolérables les comportements violents des résidents tout en favorisant la reconnaissance des pairs pour le travail accompli alors qu'un manque de reconnaissance est ressenti en provenance de la hiérarchie.

#### 5.2.3.5 *Retrait*

Le retrait est une autre stratégie défensive adoptée par les PAB. Cela signifie concrètement de changer de département lorsque les conditions de travail ne conviennent pas, et ce, au détriment des éléments appréciés du milieu de travail actuel. Un participant a d'ailleurs mentionné qu'il faut selon lui « *choisir ses batailles* ». C'est dire qu'il leur paraît parfois moins souffrant de changer d'environnement de travail plutôt que de revendiquer de meilleures conditions.

### **5.3 Analyse des effets de l'implantation du programme de rehaussement de la qualité de vie entre les aidants et leurs proches atteints de troubles de mémoire sur la santé mentale des PAB**

#### **5.3.1 Plus grande reconnaissance**

Un des effets produit par l'implantation du programme de rehaussement sur la santé mentale des travailleurs est l'accentuation de la visibilité de leur travail pour la hiérarchie et les aidants. Alors que les PAB n'ont généralement pas le droit de parole auprès des aidants et des membres de la hiérarchie, l'implantation du programme exige des échanges entre tous les acteurs par leur nécessaire adhésion et implication. Par ailleurs, le programme valorise les tâches effectuées par les PAB en leur fournissant des mots accessibles pour décrire ce qu'ils font déjà au quotidien : « *C'est certain que la description d'activités, c'est intéressant. Regarde dont on appelle ça comme ça...* ». Le guide d'activités du programme représente une référence théorique sur laquelle les PAB peuvent baser leur pratique, ce qui leur donne une crédibilité professionnelle auprès des autres intervenants et des aidants. Le programme mène vers une meilleure reconnaissance de leur champ d'exercices et de leur expertise, voire de leur utilité dans l'organisation.

La reconnaissance est aussi en lien avec le jugement de beauté proféré par la clientèle âgée. Ainsi, il s'avère selon les participants que l'implantation du programme permet d'espérer à l'amélioration de la qualité de la relation avec les résidents : « *Le programme va nous aider à avoir un lien plus fort avec les aidés parce qu'on va passer peut-être plus de temps avec eux et ces moments vont être plus appréciables et plus intéressants.* ». La relation se retrouve facilitée par le partage d'informations sur l'histoire occupationnelle des clients. Cette dernière relate le vécu occupationnel d'une personne dans le temps selon différents facteurs tels que ses intérêts, ses valeurs et son environnement (Meltzer, 2001, tiré de Townsend, & al., 2013). La prise en compte de ces informations par les PAB favorise une meilleure personnalisation des soins offerts aux aidés. À ce sujet, un participant a fait la déclaration suivante : « *L'autre jour, madame Y était avec l'équipe de soins sur l'unité. Cette résidente aime chanter, elle aime le rythme. Je lui ai pris les mains et je l'ai fait danser. Elle était assise dans son fauteuil gériatrique et elle avait l'air heureux. Je me suis mise à chantonner un peu avec elle et elle m'a dit « You've got it ! ». Elle reconnaissait la chanson ! Alors quand tu sais que quelqu'un a une ouverture pour quelque chose, si tu peux l'exploiter, c'est plaisant et valorisant* ». Dans le même ordre d'idées, le partage d'informations permet de minimiser les essais-erreurs souvent nécessaires afin de découvrir les préférences méconnues des résidents : « *La diminution des essais-erreurs permet de réduire la perte de temps qu'occasionnent les nombreuses choses que l'on doit essayer afin de satisfaire le résident* ». De plus, un des participants a déclaré que la place accordée par le biais du programme au soutien affectif des résidents est source d'espoir : « *Ça nous permet d'espérer que la journée où nous serons à notre tour dans un centre d'hébergement, les services seront améliorés, que le personnel nous consacrera plus de temps tel qu'en prenant deux minutes de plus pour nous offrir une petite attention* ».

### **5.3.2 Plus grand pouvoir d'agir**

Selon les participants, l'implantation du programme dans leur pratique améliore la confiance qu'ils ont en eux puisqu'ils se sentent mieux outillés pour répondre aux besoins des résidents. Ils expliquent : « *Nous pouvons exploiter le sens du toucher si c'est quelqu'un qui a des troubles de la vision ou des troubles liés à la communication verbale. Si c'est quelqu'un qui aimait se faire masser, c'est autre chose. Ça offre d'autres possibilités* ». Ainsi, les participants se retrouvent avec plus de cordes à leur arc pour faire face à la réalité du travail auprès de cette

clientèle ayant de lourds portraits cliniques. De plus, le programme vient reconnaître le bien-fondé de leur pratique actuelle : « *Ça vient nous confirmer que ce qu'on fait d'une certaine manière, c'est utile. Aussi, de savoir que ça fait un plus, que c'est reconnu, que c'est même vers là qu'il faut aller, c'est génial* ». De manière globale, l'utilisation du programme dans leur pratique quotidienne s'inscrit positivement dans leur construction identitaire du PAB.

#### 5.4 Comparaison des résultats obtenus suite à l'analyse secondaire des verbatim aux résultats du rapport final

Le tableau 1 présente une synthèse<sup>6</sup> de l'ensemble des résultats de l'analyse secondaire de la PDT de PAB. Il est possible de constater que du discours des participants, quatre sources de plaisir, six sources de souffrance, de même que cinq stratégies défensives ont été identifiées. Il en ressort une concordance majeure des résultats à ceux du rapport final. Concrètement, la seconde analyse a permis d'identifier une source de plaisir (travail d'équipe intraprofessionnel) et deux sources de souffrance supplémentaires (instabilité de l'équipe de travail et agressions physiques et verbales régulières). Ces résultats ont été validés par l'animateur des entrevues de groupe ayant une formation en PDT. En ce qui a trait aux effets du programme de rehaussement de la qualité de vie entre les aidants et leurs proches atteints de troubles de mémoire, les effets identifiés correspondent à ceux validés par les participants lors de la validation du rapport final.

Tableau 1. Résultats de l'analyse secondaire

Sources de plaisir	Sources de souffrance	Stratégies défensives
Relation d'aide	Peu d'accessibilité aux informations sur les résidents	Sublimation
Défis à relever	Manque de pouvoir décisionnel p/r au devenir professionnel et celui des résidents et de leurs aidants	Engagement modulé
Travail d'équipe intraprofessionnel	Manque de reconnaissance verticale de la part de la hiérarchie et des aidants	Rationalisation
Emploi dans le secteur public	Agressions physiques et verbales régulières	Banalisation
	Instabilité de l'équipe de travail	Retrait
	Désillusion face à la pratique	

<sup>6</sup> À noter que toutes les colonnes du tableau sont indépendantes. Il n'y a donc pas de corrélation entre les sources de plaisir, les sources de souffrance et les stratégies défensives.

## **6 DISCUSSION**

L'objectif de cet essai était de décrire les effets de l'implantation du programme de rehaussement de la qualité de vie des aidants et de leurs proches atteints de troubles de la mémoire sur la santé mentale des PAB travaillant en CHSLD. Pour ce faire, une recension des écrits a fait état de la problématique de recherche et a permis de choisir le cadre théorique de la PDT. Par la suite, les données issues des entrevues de l'enquête en PDT furent retranscrites. De cette première écoute flottante des entretiens de groupe ont été déterminées les catégories en vue de l'analyse systématique des données. L'analyse secondaire qui s'en est suivie a permis de dresser un portrait de la réalité subjective du travail des PAB par la description du travail, l'identification des sources de plaisir et de souffrance, de même que des stratégies défensives déployées afin de préserver leur équilibre psychique, pour enfin décrire les effets de l'implantation du programme sur la santé mentale des participants. Cette analyse de contenu s'est avérée fort utile pour l'approfondissement de la compréhension de l'expérience subjective des PAB. La relecture des données a permis d'identifier quelques éléments absents du rapport final. La présente discussion précisera dans quelle mesure l'objectif de la recherche a été atteint, répondra à la question de la recherche, puis comparera les résultats à ceux documentés dans les écrits selon les catégories établies précédemment en fonction de la théorie de la PDT. Finalement, les implications cliniques pour la pratique de l'ergothérapie seront expliquées, suivi des forces et des limites de cet essai.

### **6.1 Retour sur l'objectif**

À la lumière de l'analyse secondaire des résultats, l'un des enjeux majeurs pour la santé mentale des participants dans le cadre de leur travail est le manque de reconnaissance à leur égard qui se traduit par un pouvoir d'agir très limité au sein de l'organisation du travail en CHSLD. Ceci porte directement atteinte au développement de l'identité professionnelle des PAB. Or, il se trouve que l'intégration du programme dans leur pratique quotidienne engendre un renforcement de leur identité professionnelle, puisqu'il favorise la reconnaissance de leur travail à la fois par la hiérarchie, les aidants et les aidés, et puisqu'il permet de les conforter dans leurs valeurs qualitatives du prendre-soin. Ainsi, le programme offre aux PAB un appui théorique qui reconnaît la pertinence de répondre aux besoins affectifs des clients par le biais du renforcement de la relation entre l'aidant et l'aidé. Les tâches relationnelles ont, par conséquent, leur « utilité »

dans la relation d'aide qui normalement est limitée à la satisfaction des besoins physiologiques de base. L'implantation du programme favorise dès lors l'humanisation du travail des PAB en CHSLD dans le contexte où leurs tâches ont tendance à être instrumentalisées. Cette consolidation de leur identité professionnelle favorise de ce fait leur santé mentale lors de la réalisation de cette activité productive que représente le travail.

## **6.2 Comparaison des résultats**

### **6.2.1 Sources de plaisir**

La relation d'aide identifiée comme source de plaisir dans les résultats présentés correspond par le fait même à une stratégie de défense contre le manque de reconnaissance de la part de la hiérarchie et du public. Tout comme l'a souligné Alderson (2006) suite à son enquête en PDT auprès de 33 infirmières travaillant dans un CHSLD, la relation d'aide et d'accompagnement représente un lieu de « surinvestissement symbolique compensatoire et défensif » (Alderson, 2006, p. 103). Ainsi, dans leur quête de reconnaissance essentielle à la construction identitaire, les PAB compensent le manque de reconnaissance de la part de leurs employeurs, des autres intervenants et des aidants par leur relation auprès des aidés. L'investissement affectif auprès de la clientèle est le noyau de l'équilibre psychique des participants. Il permet de trouver un sens à leur travail et même de se sentir valorisé par le fait d'être selon eux de la minorité des personnes capables d'entrer en relation avec des résidents dont les atteintes cognitives amènent à les qualifier de « difficiles ». Autrement dit, entrer en relation avec les résidents âgés atteints de troubles de la mémoire constitue un défi stimulant à relever au quotidien pour ces travailleurs.

Dans un même ordre d'idées, selon les résultats de Rakovski et Price-Glynn (2010), les PAB placent l'approche de *caring* comme motivation première pour l'occupation de l'emploi de PAB. De même, il semble que l'approche humaniste en vigueur dans la profession constitue une façon d'entrer en relation avec autrui de sorte à l'aider à s'actualiser et à favoriser son développement (Mayeroff, 1971). Le prendre-soin représente non seulement une motivation majeure pour ce choix de carrière, il favorise en outre le maintien en emploi par la reconnaissance octroyée par les aidés pour la qualité de leur travail. Enfin, la présence de défis apparaît pour Bishop, Squillace, Meagher, Anderson et Wiener (2009) comme une source

principale de plaisir pour les PAB. Par conséquent, il est reconnu que de surmonter des défis est mobilisateur chez les PAB. Les autres facteurs de satisfaction sont l'apprentissage de nouvelles compétences, la philosophie du milieu, le salaire, un faible ratio de résidents par préposé aux bénéficiaires, une charge de travail qui permet d'assurer la qualité des services, le travail d'équipe favorisé dans l'organisation de travail et avoir le sentiment d'être respecté et valorisé par l'organisation (Bishop, Squillace, Meagher, Anderson, & Wiener, 2009). Parmi ces facteurs, il est intéressant de noter que les participants considérés dans cette étude ont souligné le salaire, le travail d'équipe et la valorisation extérieure à la profession comme étant leurs principales sources de plaisir.

### **6.2.2 Sources de souffrance**

Les sources de souffrance identifiées par les PAB interrogés démontrent une organisation du travail rigide qui leur offre peu de latitude leur permettant de se protéger des effets nocifs des contraintes du travail sur leur santé mentale. Dans le cadre d'une intervention visant à réduire les problèmes de santé mentale liés au travail en CHSLD, des auteurs ont recensé les contraintes psychosociales de ce milieu parmi des intervenants de 13 CHSLD du Québec (Bourbonnais et al., 2005). Par ordre d'importance, ces contraintes se sont avérées être le soutien social, la charge de travail, la reconnaissance, la demande émotionnelle et le rapport à la clientèle, la latitude décisionnelle, la prévisibilité décisionnelle et le sens du travail.

Ainsi, les PAB interrogés dans le cadre de cet essai ont révélé se sentir isolés des autres intervenants, par le manque de reconnaissance de leurs confrères pour le travail effectué, de même qu'en lien avec le manque de communication concernant l'état de santé des résidents. La reconnaissance concerne autant leur expertise professionnelle qui leur permettrait d'avoir une voix parmi l'équipe de soins pour prendre part aux décisions, que le soulignement de leurs bons coups afin de se sentir épaulés dans ce contexte de travail difficile. Dès lors, l'isolement est à la fois matériel et relationnel. En ce qui concerne la demande émotionnelle, elle a trait à l'agressivité des résidents et des employés eux-mêmes. À ce propos, les participants ont souligné l'importance du calme sur l'unité MVA : « *Quelqu'un qui entre travailler agité, il faut lui dire en partant de se calmer parce que s'il ne se calme pas, les patients le ressentent. Ils s'en rendent compte et ce n'est pas long qu'ils sont eux-mêmes agités !* ».



Carpentier-Roy et Vézina (2000), soulignent qu'un des obstacles à la reconnaissance des travailleurs dans le cadre de leur emploi est la distinction liée au genre. Selon ces auteurs, « les critères de reconnaissance étant davantage construits en référence au modèle masculin, il est souvent plus difficile pour les femmes de faire reconnaître leur contribution professionnelle » (Carpentier-Roy & Vézina, 2000, p. 35). L'acceptation plus facile d'un travail laborieux, la sollicitude, la patience, le souci de se rendre utile, etc., sont des attributs davantage associés au genre féminin. Puisque ces traits sont attendus chez les femmes, ils ne représentent pas une source de reconnaissance professionnelle dans la profession de PAB majoritairement féminine.

Un autre facteur pourrait expliquer le manque de reconnaissance envers le travail des PAB. Il s'agit du caractère invisible des tâches relationnelles effectuées par ces travailleurs (Gernet & Dejours, 2009). C'est dire que l'efficacité de certaines activités dépend justement de leur invisibilité (Molinier, 2006). La discrétion attendue dans l'aide fournie aux résidents dans certains soins nuit en effet à la reconnaissance de leur travail de la part des autres intervenants. Les mieux placés pour leur offrir cette reconnaissance sont par conséquent les aidés, qui malheureusement ont différentes atteintes cognitives rendant la communication parfois ardue.

Pour ce qui est de l'instabilité à l'intérieur de l'équipe de travail, une étude a démontré une association significativement négative entre le roulement de personnel et la satisfaction au travail chez des PAB travaillant en CHSLD (Rakovski & Price-Glynn, 2010). Cette instabilité nuit à la constitution d'un collectif de travail qui, comme l'a démontré Therriault, Saint-Jean, Ruelland, Rhéaume, Alderson et Lavoie (2014) joue le rôle de facteur de protection essentiel contre la souffrance vécue.

### **6.2.3 Stratégies défensives**

La sublimation, l'engagement modulé, la rationalisation, la banalisation et le retrait ont été identifiés comme moyens déployés par les participants pour transformer la souffrance vécue quotidiennement en plaisir. Ces stratégies défensives correspondent à des stratégies individuelles partagées plutôt que collectives. Carpentier et Vézina (2000) définissent les stratégies défensives individuelles partagées comme étant « des stratégies individuelles, mais identiques » (p.150). Autrement dit, face aux sources de souffrance communes, chacun des travailleurs identifie et met

en place ses propres stratégies défensives lesquelles demeurent finalement les mêmes pour tous les membres du collectif de travail. L'instabilité de l'équipe de travail est, tel que mentionné, un facteur à l'origine de cette individualisation de la gestion des sources de souffrance. Aubry et Couturier (2014) ont quant à eux dénoncé la gestion individuelle des compétences qui prévalent dans bien des formations destinées aux PAB, où chaque PAB a la responsabilité de répondre aux standards qualitatifs et quantitatifs du travail prescrit par l'organisation du travail.

Bien que les stratégies défensives identifiées permettent aux PAB de préserver leur équilibre psychique, elles « n'ont cependant pas pour visée ou finalité la transformation objective des éléments agressants mais bien la diminution de leur perception » (Alderson, 2004b, pp. 251-252). L'utilisation à outrance de ces mécanismes de défense représente donc, selon cet auteur, un danger pour la santé mentale des travailleurs, puisqu'ils favorisent l'adaptation aux situations problématiques plutôt que la transformation de ces dernières. Ces stratégies défensives sont même susceptibles d'être exploitées par les dirigeants de l'organisation s'ils servent leurs intérêts (Dejours & Abdoucheli, 1990 tiré de Alderson, 2004b). D'ailleurs, selon une enquête en PDT réalisée auprès d'infirmières, la loi du silence prime sur la dénonciation de plusieurs situations problématiques étant donné qu'une telle dénonciation soulignerait par la même occasion le manque de qualité dans les soins qu'ils offrent aux usagers (Alderson et al., 2011). De plus, le retrait consistant en la fuite d'une unité voire même d'un établissement est une stratégie qui nuit grandement à la résolution de problème avec les pairs. Selon une étude réalisée auprès de PAB, d'infirmières auxiliaires et d'infirmières travaillant en CHSLD (Bonneville, 2013), la revalorisation des espaces de paroles parmi l'équipe de travail permet de ventiler, de régler des conflits, de briser l'isolement, de partager l'information et de donner du pouvoir à ses membres.

#### **6.2.4 Effets de l'implantation du programme de rehaussement de la qualité de vie entre les aidants et leurs proches atteints de troubles de mémoire sur la santé mentale des PAB**

Un chercheur s'est intéressé à l'implantation de l'approche prothétique. Il s'est avéré qu'un des obstacles à cette implantation est la reconnaissance de la part de l'organisation de l'efficacité de la gestion professionnelle des émotions (Bigaouette, 2001). Selon les PAB rencontrés, leur propre barème d'efficacité est le bien-être des résidents. Plus spécifiquement, les

PAB accordent une grande importance à la gestion émotionnelle des résidents puisqu'il s'agit d'une source fondamentale de reconnaissance. « La création d'un contexte favorable au ressenti d'émotions agréables serait la dimension principale de l'activité du soignant en relation avec le dément » (Bigaouette, 2001, p. 8). Par conséquent, le programme de rehaussement de la qualité de vie entre les aidants et les aidés atteints de troubles de la mémoire cadre bien avec l'approche prothétique. Par ailleurs, étant donné que le programme accorde de l'importance à l'histoire occupationnelle du résident et de ses caractéristiques propres, cela fournit aux PAB des stratégies de gestion émotionnelles, telles que la diversion. Cette stratégie vise à centrer l'attention du résident sur un événement de vie ou un objet ayant une charge affective positive pour ce dernier. Ceci permet de contrôler par le fait même la survenue des agressions et des troubles de comportements. Bref, la gestion émotionnelle les conforte dans leurs valeurs qualitatives du prendre-soin, implicite à la construction de leur identité professionnelle.

### **6.3 Implications cliniques**

Le présent projet a plusieurs implications cliniques pertinentes pour la pratique des ergothérapeutes puisque la promotion et la prévention de la santé font partie de leurs mandats. Plus particulièrement, revendiquer de meilleures conditions de travail au nom d'une clientèle « vulnérable » s'inscrit dans le rôle d'agent de changement mandaté par l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE, 2012). Or, les PAB sont considérés comme tels de par leur position de dominés dans l'organisation hiérarchique des CHSLD québécois (Aubry, 2012a). Dans le contexte paradoxal de pénurie de personnel et d'accroissement de la demande dans les CHSLD, cette problématique de santé mentale est de taille. L'identification des effets bénéfiques du programme sur la santé mentale des PAB de l'essai permet de retenir le programme comme étant une avenue intéressante pour favoriser le bien-être de ces individus. En outre, la qualité du vécu au travail de ces intervenants a un impact direct sur la qualité des soins offerts à la clientèle âgée. Dans la vision holistique adoptée par les ergothérapeutes, les PAB représentent une part importante de l'environnement social des résidents. Par ailleurs, une meilleure compréhension de la réalité subjective de ces intervenants favorise une collaboration interprofessionnelle efficace. Ainsi, cet essai permet de reconnaître que les enjeux temporels et organisationnels de la pratique des PAB en CHSLD peuvent compromettre l'utilisation des capacités résiduelles des résidents (Bigaouette, 2001).

#### **6.4 Forces et limites**

La force première de cet essai est la cohérence entre la théorie de la PDT et la méthodologie choisie pour l'analyse des données. De plus, afin de s'assurer de respecter le sens donné par les participants de leur réalité au travail, les résultats présentés sont basés sur le rapport rédigé suite à leur approbation de l'analyse initiale. Ceci a permis de sanctionner la valeur de l'interprétation. Par ailleurs, la validation des analyses effectuées dans cet essai par l'enquêteur formé en PDT ayant soutenu les échanges avec les PAB lors des entrevues favorise la fiabilité des résultats. La validité interne peut en outre être notée grâce à l'harmonisation des catégories sélectionnées avec le cadre théorique de la PDT (Fortin & Gagnon, 2010).

Quant aux limites de ce projet, il apparaît que la généralisation des résultats demeure limitée. Cependant, l'approche compréhensive n'a pas la prétention de fournir une vérité objective (Deslauriers, 1991). Elle vise plutôt la comparaison d'un contexte à l'autre pourvu que les lecteurs s'identifient à la population étudiée selon ses caractéristiques propres dans le contexte spécifique de leur pratique. De plus, puisque l'analyse secondaire a été effectuée par une personne qui était absente lors des rencontres de groupe, cette dernière n'a pu tenir compte des ressentis, ni des indices du non verbal des participants.

## **7 CONCLUSION**

Le projet visait à décrire les effets de l'implantation d'un programme novateur de rehaussement de la qualité de vie entre les aidants et leurs proches atteints de troubles de la mémoire sur la santé mentale des PAB travaillant en CHSLD. Les résultats de l'analyse des effets du programme ont démontré l'effet bénéfique de ce dernier par le renforcement de l'identité professionnelle des PAB. Il apparaît que la théorie du programme se retrouve en concordance avec leurs valeurs qualitatives du prendre-soin. Il permet une meilleure gestion émotionnelle des résidents, offre une meilleure reconnaissance de leur travail par les membres de la hiérarchie et les aidants, tout en favorisant une relation d'aide de qualité avec les aidés.

Une concordance des résultats de l'analyse secondaire de la PDT de PAB, soit des sources de plaisir et de souffrance, de même que des stratégies défensives déployées par les travailleurs pour préserver leur équilibre psychique fut observée avec la littérature. Cependant, peu d'études ont porté jusqu'ici sur la transformation du travail. Les résultats de cette recherche mènent à réfléchir sur les possibilités d'interventions en prévention et en promotion de la santé et du bien-être chez les PAB travaillant en CHSLD. Il y a lieu de se questionner par ailleurs si les résultats bénéfiques du programme seraient les mêmes dans le milieu privé, où l'organisation du travail et les exigences ne sont pas les mêmes.

Dans un optique d'encourager la mise en place d'une organisation du travail saine pour les PAB dans le milieu des CHSLD et de tenter de comprendre la réalité subjective du travail, la rédaction de cet essai aura permis en outre à l'auteure de poursuivre le développement de ses compétences relativement aux sept rôles de l'ergothérapeute (ACE, 2012). Ainsi, pour en arriver à un tel résultat, il a fallu collaborer avec le directeur d'essai, procéder à une recherche de résultats probants, respecter les échéanciers, faire preuve de professionnalisme quant à l'utilisation des témoignages confidentiels des participants et produire un travail écrit de qualité.

## RÉFÉRENCES

- ACE. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Alderson, M. (2004a). La psychodynamique du travail et le paradigme du stress : une saine et utile complémentarité en faveur du développement des connaissances dans le champ de la santé au travail. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 261-280. <http://dx.doi.org/10.7202/008834ar>
- Alderson, M. (2004b). La psychodynamique du travail : objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 243-260. <http://dx.doi.org/10.7202/008833ar>
- Alderson, M. (2005). Analyse psychodynamique du travail infirmier en unités de soins de longue durée : entre plaisir et souffrance. *Recherche en soins infirmiers*, 80, 76-86.
- Alderson, M. (2006). La quête de reconnaissance des infirmières travaillant dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée. Dans Institut de psychodynamique du travail du Québec (Éd.), *Espace de réflexion, espace d'action en santé mentale au travail: Enquêtes en psychodynamique du travail au Québec* (pp. 81-107). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Alderson, M., Morin, E., Rhéaume, J., Saint-Jean, M., & Ouellet, F. (2005). La réorganisation du travail infirmier en soins de longue durée : une nécessaire évaluation en termes d'impact sur le sens du travail et la santé mentale des infirmières. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 345-358. <http://dx.doi.org/10.7202/012152ar>
- Alderson, M., Saint-Jean, M., Rhéaume, J., & Ruelland, I. (2011). Impasses dans le travail d'infirmières en Centres d'hébergement et de soins de longue durée soumis à des changements organisationnels significatifs. *Aporia*, 3(4), 30-46.
- Aubry, F. (2012a). L'innovation en milieu hypernormalisé. Le cas des préposés aux bénéficiaires dans les organisations gériatriques au Québec. *Cahiers de recherche sociologique* (53), 11-32. <http://dx.doi.org/10.7202/1023189ar>
- Aubry, F. (2012b). Les rythmes contradictoires de l'aide-soignante. Conséquence sur la santé au travail de rythmes temporels contradictoires, en France et au Québec, *Temporalités, Revue de sciences sociales et humaines*, (16).
- Aubry, F. (2012c). Transmettre un genre professionnel, l'exemple des nouvelles recrues aides-soignantes: une comparaison France-Québec. *Formation emploi*, 119(3), 47-63.

- Aubry, F., & Couturier, Y. (2014). Regard sur une formation destinée aux préposés aux bénéficiaires au Québec. Gestion de contradictions organisationnelles et souffrance éthique. *Travailler*, 31(1), 169-192.
- Aubry, F., Couturier, Y., & Gilbert, F. (2013). L'application de l'approche milieu de vie en établissement d'hébergement de longue durée par les préposés aux bénéficiaires du point de vue des préposés, infirmières auxiliaires et infirmières. *L'Infirmière clinicienne*, 10(1), 52-61.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy : basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Bédard, S. (2003). Lésions professionnelles en CHSLD. *Objectif Prévention*, 26(2), 30-31.
- Bigaouette, M. (2001). La gestion professionnelle des émotions et l'approche prothétique: un nouveau travail prescrit pour soigner les déments. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* (3-1).
- Bigaouette, M. (2007). Pour une organisation du travail en santé dans les CHSLD. Dans D.-G. Tremblay (Éd.), *D'une culture de retraite vers un nouveau management des âges et des temps sociaux* (pp. 203-215). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Bigaouette, M. (2008). Édition 2007-Et la santé comment ça va? *Objectif Prévention*, 31(3), 10-11.
- Bigaouette, M. (2011). Prévenir les lésions professionnelles et améliorer la qualité du milieu de vie. *Objectif Prévention*, 34(2), 10-12.
- Bishop, C. E., Squillace, M. R., Meagher, J., Anderson, W. L., & Wiener, J. M. (2009). Nursing home work practices and nursing assistants' job satisfaction. *Gerontologist*, 49(5), 611-622. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnp040>
- Bonneville, L. (2013). Revaloriser les espaces de paroles en milieu de travail pour diminuer la pression du quotidien. Dans R. Malenfant, N. Côté & A. Duchesne (Éds.), *Vers une nouvelle conception de l'«idéaltype» du travailleur?* (pp. 119-135). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Bourbonnais, R., & FCRSS. (2004). *Recherche intervention évaluative visant l'optimisation de l'environnement psychosocial et organisationnel du travail du personnel soignant*. Rapport de recherche. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

- Bourbonnais, R., Gauthier, N., Vézina, M., Viens, C., Durand, P., Brisson, C., Alderson, M., Bégin, P., & Ouellet, J.-P. (2005). Une intervention en centres d'hébergement et de soins de longue durée visant à réduire les problèmes de santé mentale liés au travail. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* (7-2).
- Carbonneau, H., Caron, C. D., & Desrosiers, J. (2009). Développement d'un programme d'éducation au loisir adapté comme moyen de soutien à l'implication d'aidants d'un proche atteint de démence. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 28(02), 121-134.
- Carbonneau, H., Caron, C. D., & Desrosiers, J. (2011). Effects of an adapted leisure education program as a means of support for caregivers of people with dementia. *Archives of gerontology and geriatrics*, 53(1), 31-39.
- Carbonneau, H., Éthier, S., Fortier, J., Therriault, P.-Y., & Couturier, Y. (2014). *Rapport d'enquête non publié*. Réseau québécois de recherche sur le vieillissement.
- Caroly, S., & Clot, Y. (2004). Du travail collectif au collectif de travail: développer des stratégies d'expérience: Autour de l'expérience et de sa validation. *Formation emploi*(88), 43-55.
- Carpentier-Roy, M.-C. (1995). *Corps et âme : psychopathologie du travail infirmier*. Montréal: Liber.
- Carpentier-Roy, M.-C., & Vézina, M. (2000). *Le travail et ses malentendus : enquêtes en psychodynamique du travail au Québec*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- CCHST. (2015). *Fiches d'information Réponses SST*. Repéré à [http://www.cchst.ca/oshanswers/psychosocial/aging\\_workers.html](http://www.cchst.ca/oshanswers/psychosocial/aging_workers.html).
- Christiansen, C., & Baum, C. M. (2005). *Occupational therapy performance, participation, and well-being*. Thorofare, NJ: Slack.
- Clément, S., & Lavoie, J.-P. (2005). *Prendre soin d'un proche âgé : les enseignements de la France et du Québec*. France: Éditions Érès.
- Constant, A., Perterson, S., Mallory, C., & Major, J. (2011). *Synthèse de recherche sur les générateurs de coûts dans le secteur de la santé et possibilités d'action*. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé Repéré à [http://www.fcass-cfhi.ca/Libraries/Commissioned\\_Research\\_Reports/CHSRF\\_Synthesis\\_on\\_Cost\\_Drivers\\_FR-final.sflb.ashx](http://www.fcass-cfhi.ca/Libraries/Commissioned_Research_Reports/CHSRF_Synthesis_on_Cost_Drivers_FR-final.sflb.ashx).



- Coutu-Wakulczyk, G., Montgomery, P., & O'Brien, K. (1989). Self-concepts and professional commitment of student enrolled in a B. Sc. N. distance education program.
- CSSS-IUGS. (2013). *Cadre de référence. Symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démences (SCPD) en soins de longue durée*. Repéré à [http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/Cadre\\_reference\\_SCPD\\_SLD\\_Novembre\\_2013.pdf](http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/Cadre_reference_SCPD_SLD_Novembre_2013.pdf).
- Davezies, P. (1993). Éléments de psychodynamique du travail. *Éducation permanente*, 116(3), 33-46.
- de Coulon, N. (2002). *Le contre-transfert*. Repéré à [http://www.nicolasdecoulon.ch/IMG/pdf/Elements\\_sur\\_le\\_contre-transfert.pdf](http://www.nicolasdecoulon.ch/IMG/pdf/Elements_sur_le_contre-transfert.pdf)
- Dejours, C. (1987). Aspects psychopathologiques du travail. Dans C. Lévy-Leboyer (Éd.), *Traité de psychologie du travail* (pp. 1-27). Paris: Presses Universitaires de France.
- Dejours, C. (1995). Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail? *Le travail humain.*, 58(1), 1-16.
- Dejours, C. (2000a). Préface. Dans M.-C. Carpentier-Roy & M. Vézina (Éds.), *Le travail et ses malentendus : enquêtes en psychodynamique du travail au Québec* (pp. 9-18). Québec: Presses de l'Université Laval
- Dejours, C. (2000b). *Travail usure mentale : essai de psychopathologie du travail*. Paris: Bayard Editions.
- Dejours, C. (2011). La psychodynamique du travail face à l'évaluation: de la critique à la proposition. *Travailler*, 25(1), 15-27.
- Dejours, C., & Abdoucheli, É. (1990). Itinéraire théorique en psychopathologie du travail. *Prévenir* (20), 127-149.
- Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative : guide pratique*. Montréal: McGraw-Hill.
- Fenin, F. (2012). Dépistage et prévention de la maltraitance des personnes âgées. *Soins gériatrie*(95), 14-15.
- Fortin, F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenelière éducation.
- Gernet, I., & Dejours, C. (2009). Évaluation du travail et reconnaissance. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2(8), 27-36.

- Goergen, T. (2004). A multi-method study on elder abuse and neglect in nursing homes. *The Journal of Adult Protection*, 6(3), 15-25.
- IUGM, & CSSS-IUGS. (2012). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. État cognitif et comportemental. Agitation dans les démences*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-830-09W.pdf>.
- Jauvin, N., Vézina, M., Bourbonnais, R., & Dussault, J. (2006). Violence interpersonnelle en milieu de travail: une analyse du phénomène en milieu correctionnel québécois. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 8(1).
- Jinchereau, F., & Audet, T. (1997). Appui à la relation «soignant-soigné» dans le cas d'une clientèle présentant des déficits cognitifs. *INTERACTIONS*, 1(1).
- Lachs, M. S., Rosen, T., Teresi, J. A., Eimicke, J. P., Ramirez, M., Silver, S., & Pillemer, K. (2013). Verbal and physical aggression directed at nursing home staff by residents. *Journal of general internal medicine*, 28(5), 660-667.
- Lemieux, V., Bergeron, P., Bégin, C., & Bélanger, G. (2003). *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Malenfant, R., Côté, N., & Duchesne, A. (2013). Vers une nouvelle conception de l'"idéaltpe" du travailleur? Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Mayeroff, M. (1971). *On caring*. New York: Harper & Row.
- McDonald, L., Beaulieu, M., Harbison, J., Hirst, S., Lowenstein, A., Podnieks, E., & Wahl, J. (2012). Institutional abuse of older adults: What we know, what we need to know. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24(2), 138-160.
- Meltzer, P. (2001). Using the Self-Discovery Tapestry to Explore Occupational Careers. *Journal of Occupational Science*, 8(2), 16-24. <http://dx.doi.org/10.1080/14427591.2001.9686485>
- Mercure, D., & Vultur, M. (2010). *La signification du travail nouveau modèle productif et ethos du travail au Québec*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Molinier, P. (2006). Le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets. *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, Éditions de l'EHESS, Coll. *Raisons Pratiques*, 299-316.
- Molinier, P. (2010). Apprendre des aides-soignantes. *Gérontologie et société*, 133(2), 133-144.

- MSSS. (2003). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Orientations ministérielles*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2003/03-830-01.pdf>.
- MSSS. (2009). *Répertoire des guides de planification immobilière. Centre d'hébergement-CHSLD unité de vie*. Repéré à [http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/planification-immobiliere/app/DocRepository/1/Unites\\_fonctionnelles/CHSLD/Unite\\_de\\_vie\\_090202.pdf](http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/planification-immobiliere/app/DocRepository/1/Unites_fonctionnelles/CHSLD/Unite_de_vie_090202.pdf).
- MSSS. (2015). *Gestion de la présence au travail. Assurance salaire 2014*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2015/15-502-01W.pdf>.
- Mucchielli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.
- OEQ. (2015). *Ergothérapie express*, 26(2), 12.
- OMS. (2002). *The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse*. Repéré à [http://www.who.int/ageing/projects/elder\\_abuse/alc\\_toronto\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_en.pdf).
- Pietraszkiewicz, L. (1996). *Guide de formation des préposé(e)s aux bénéficiaires*. Québec: Editions de l'Association des préposé(e)s aux bénéficiaires du Québec.
- Rakovski, C. C., & Price-Glynn, K. (2010). Caring labour, intersectionality and worker satisfaction: an analysis of the National Nursing Assistant Study (NNAS). *Sociology of Health & Illness*, 32(3), 400-414. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01204.x>
- Rexe, K., McGibbon Lammi, B., & von Zweck, C. (2012). *L'ergothérapie au Canada. Données probantes sur la rentabilité économique de l'ergothérapie*. Repéré à <http://www.caot.ca/Nick/Lergo%20Canada.pdf>
- Statistique Canada. (2014). *La population canadienne en 2011 : âge et sexe*. Repéré à <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-311-x/98-311-x2011001-fra.cfm>.
- Therriault, P.-Y., Aubin, G., Carbonneau, H., Fortier, J., Éthier, S., & Couturier, Y. (2014). *Programme de rehaussement de la qualité de vie : impacts sur les intervenants*.
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (version française Noémi Cantin 2e éd.). Ottawa: CAOT Publications ACE.

- Trahan, L., Bégin, P., & Demers, M. (2001). *Changements dans le recours à l'hospitalisation et aux services ambulatoires chez certains groupes vulnérables à la suite de la réorganisation des services en santé physique*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2001/01-706-01.pdf>.
- Tremblay, D.-G. (2007). *D'une culture de retraite vers un nouveau management des âges et des temps sociaux*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Weiner, B. (1980). A cognitive (attribution)-emotion-action model of motivated behavior: An analysis of judgments of help-giving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(2), 186.